DEPRESSÃO

CLÍNICA, CRÍTICA E ÉTICA

Depressão

clínica, crítica e ética

Orlando Coser

Ao meu pai, Orlando

Aos meus filhos, Francisco e Noel

Para Leda, sempre

Sumário

Prefácio

Acompanhei o trabalho de Orlando Coser durante vários anos. Vi aos poucos se delinear seu percurso, e assisti de perto à maneira pela qual sua pesquisa, inspirada na prática clínica, tomou inicialmente a forma de uma tese de doutorado, e se tornou finalmente um livro.

Por inspiração clínica, entenda-se aqui o traço possível de se reconhecer ao longo do esforço teórico, e que tem por origem a dupla inserção profissional do autor durante o tempo em que elaborou seu trabalho: de um lado a cadeira de psicologia médica do Hospital Universitário da UFRJ, onde recebia pacientes enviados pelos médicos das várias especialidades cujos sintomas pediam um outro tipo de intervenção; do outro, o consultório privado onde dirige tratamentos psicanalíticos. São demandas diferentes, expectativas, sem dúvida, diversas, o que implica uma diferença inicial de lugar que se oferece ao psicanalista. No hospital, ele é antes de tudo chamado a complementar o trabalho do médico, suposto especialista que é do psiquismo, como outros o são do coração, do estômago etc. No consultório, recebe pedidos aparentemente mais diretos, de sujeitos que em geral têm um destinatário já nomeado para suas queixas, que chamam por antecipação, isto é, antes que o trabalho analítico efetivamente comece, de psicanalista.

Em ambos os lugares, como aliás em muitos outros atualmente, uma queixa comum se repete, a de depressão: no hospital, em geral como um efeito no sujeito da sua situação de dependência, que o faz se sentir às vezes como um mero corpo manipulado, ou às vezes como experiência de uma certa aproximação ou risco de morte; e, no consultório, como uma impotência diante da exterioridade do inconsciente, ou simplesmente dos imperativos da vida, que exigem de cada um que seja fiel à sua determinação simbólica e ao seu desejo.

A depressão, pelo que se diz, está na moda. Não somente as pessoas se dizem deprimidas com maior facilidade do que antes, como também os profissionais da saúde diagnosticam com maior freqüência seus pacientes de deprimidos, ou mesmo recomendam antidepressivos para sujeitos –

fóbicos, obsessivos, ou mesmo os que querem abandonar o vício do fumo – que, a rigor, nem se queixam e nem apresentam sinais clínicos de depressão. Cabe perguntar: os antidepressivos são inespecíficos, ou o termo depressão tende a encobrir um continente cada vez mais amplo?

Para um estado de sofrimento pouco preciso, é natural, o único remédio cabível é a panacéia. Isto é, a dissolução do que pode haver de particular no remédio – podemos pensar aqui na ideologia de uma droga da felicidade – corresponde à da particularidade do quadro clínico, a tal ponto que um diagnóstico mais fino pode se tornar desnecessário e mesmo indesejável. Deprimido, então, passa a ser todo aquele que procura fugir ou reage mal aos embates da vida, ou que se considera insuficientemente apto para enfrentar as exigências que lhe aparecem, ou que é infeliz. O medicamento, então, transformado em droga da felicidade, já não é exatamente um medicamento, assim como a infelicidade não é uma estrutura clínica. O que se insinua aqui, é muito importante que se saiba, é um deslizamento da função do medicamento, que, de poção química com efeitos sobre o organismo – que é o que lhe dá, e com certa razão, uma imagem de algo objetivo –, de repente se revela um recurso que opera eticamente, saibam disso ou não os usuários e profissionais.

É justamente aqui que os psicanalistas têm o que dizer, a partir de algo no fim das contas muito simples: é que a amplitude da droga, assim como a da queixa, delineia um lugar semelhante ao que coube à psicanálise ocupar historicamente. Explico-me: também a psicanálise apareceu como um desdobramento externo do tratamento médico, como uma confluência entre as técnicas da medicina científica e a ética. Nos tempos de Freud, essa exterioridade surgiu como resposta para os sintomas histéricos, pouco dóceis, como se sabe, à disciplina dos saberes constituídos. Acatando a histérica, Freud na realidade, a legitimou como sujeito, inscrevendo-a em um quadro racional que permitiu, simultaneamente, sua inclusão no debate científico e seu tratamento. Para isso, reconheceu por trás do sofrimento o sintoma, de cujo protocolo o sujeito histérico fora exilado, junto com seus males incompreensíveis.

Seria tentador dizer então que os deprimidos de hoje tomaram o lugar dos histéricos de outrora, e a partir daí tentar definir que nova abordagem clínica lhes convém. Isso estaria bem de acordo com a respeitabilidade que ganhou nos nossos tempos e no nosso país o que quer que surja de novidade, como o atesta a aceitação sem muita discussão de quaisquer resultados de

estudos divulgados pela imprensa, em geral após um preâmbulo do tipo "as últimas pesquisas feitas nos Estados Unidos e na Europa demonstram que...". O que se quer acentuar não é a 'demonstração', e nem sequer as 'pesquisas', mas o fato destas serem as 'últimas'. É um sinal dos tempos, sem dúvida, mas fazer essa constatação não é suficiente, se não se entende a relação que há entre essa fascinação pelas novidades e o corte radical que as gerações atuais sofreram com o que se costuma chamar de história, o que produziu um bloqueio na transmissão e a conseqüente dificuldade em se situar a responsabilidade do sujeito. É mais um indício, como o testemunha cotidianamente a clínica psicanalítica, da séria crise que sofre a função paterna, que está no cerne do mal-estar da nossa civilização.

O problema é que a depressão não é uma estrutura, como a histeria, assim como a tristeza ou a astenia não é um sucedâneo das conversões, apesar de poder se manifestar, como essas últimas, sob a forma de padecimentos corporais inexplicáveis. O que se chama de depressão hoje em dia – se excluímos a psicose melancólica – são eminentemente estados de alma que escondem o sujeito mais do que o revelam, uma espécie de recuo ético que impede o sujeito – por razões sempre compreensíveis, claro, – de assumir as conseqüências, digamos assim, da existência do inconsciente, cuja irrupção poderia se resumir com a seguinte descoberta: 'eu não quero o que desejo'. É o que levou Lacan a chamá-la de "covardia moral". Em face disso, a primeira tarefa do clínico deveria ser justamente a de, visando além da queixa que aceitou ouvir, desvelar o sintoma e fazer falar o sujeito, retomando com isso o caminho freudiano de legitimação do sujeito do sintoma como sujeito de direito. Isso, naturalmente, costuma levar algum tempo e exige cuidados, dado o poder de inércia que caracteriza as depressões.

O importante, naturalmente, não é contrapor a psicanálise aos recursos da farmacologia – aliás, são dissimétricos e por isso dificilmente comparáveis –, nem mesmo postular que o limite para o uso dos medicamentos é o mesmo que separa a psicose das neuroses. A grande questão atual, com o avanço efetivo das pesquisas farmacológicas, é de como impedir que o apelo aos medicamentos seja um substituto – moderno, sem dúvida – da palavra do sujeito, sobretudo se essa substituição se dá em nome da vantagem que teria um tratamento supostamente capaz de remediar a precariedade que é própria do sujeito. Em suma, trata-se de romper a nefasta ligação que se produziu entre uma droga da felicidade e um sujeito definido simplesmente como deprimido.

A pesquisa de Orlando Coser pretende refazer criticamente – dos pontos de vista metodológico, clínico e teórico – o percurso dessa nova forma de mal-estar e nova tendência terapêutica, para com isso advogar a causa do sujeito, isto é, verificar as chances que tem este último de se manter como 'desejante', e, a partir daí, poder se beneficiar do que há de melhor no progresso da ciência. Este debate interessa a todos nós: psicanalistas, psiquiatras, pesquisadores, e, em última instância, àqueles que experimentam a dor de se verem sem saída.

Romildo do Rêgo Barros
Psicanalista, membro da
Escola Brasileira de Psicanálise,
Seção Rio de Janeiro

Apresentação

Das diversas dificuldades, queixas e sintomas que levam as pessoas a demandarem um tratamento psíquico – designação que aqui inclui o tratamento psicanalítico, psiquiátrico e psicoterápico – destacam-se nos últimos anos os quadros de 'pânico' e 'depressão'. A relevância que esta última categoria nosológica adquiriu pode ser evidenciada tanto de forma científica quanto leiga, através de indicadores diversos, desde os numerosos estudos atestando sua ocorrência nas mais diversas populações e situações – crianças, adolescentes, idosos, pacientes ambulatoriais, internados em clínicas psiquiátricas ou mesmo em internações e tratamentos por outras diversas especialidades médicas, quanto pesquisas de opinião. Outra forma de se verificar o interesse pela questão é assinalar sua presença constante em publicações (especializadas e leigas) e a expansão do uso de medicamentos antidepressivos pela população, o que alimenta inúmeras discussões. Ao lado de um triunfalismo midiático enaltecedor da neuroquímica e farmacologia, na prática assistencial verifica-se, tanto da parte da psiquiatria quanto da psicanálise, dificuldades no tratamento dos pacientes em quem é feito um diagnóstico de depressão.

Essas questões, diretamente ligadas à clinica, são neste livro examinadas com base nos ensinamentos da psicanálise e da psiquiatria, buscando-se uma leitura crítica, necessária na medida em que, sendo a formulação de queixas depressivas uma ocorrência cotidiana e disseminada, e os critérios para o diagnóstico de depressão heterogêneos e inespecíficos, facilmente se é levado a assimilar uma (a queixa) a outra (a patologia depressiva).

Como resultado, a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, regulada pela ética do consumo característica da economia de mercado vigente, permanentemente referendada pela ciência, é fomentada, o que possibilita criar tecnologias de ser e existir que muitas vezes asseguram estratégias de demissão subjetiva, surpreendentemente comuns. Com efeito, perante essas estratégias o diagnóstico de 'depressão' e sua 'solução farmacológica' chega a ser confortável, na medida da existência de um confuso reconhecimento

médico-social que contempla com um nome aceitável e científico e medicamentos supostamente eficazes a esses padecimentos.

A queixa de fadiga, tão comum na depressão, oferece um exemplo elucidativo. Embora se saiba que a fadiga muscular se manifesta como distinta da fadiga de ser si nem sempre clinicamente se consegue esclarecê-la e resolvê-la, principalmente quando a demanda de não sofrer e as queixas que emergem dizem respeito a algo que avalize uma posição de demissão subjetiva, de não fazer frente ao imperioso dever que a exigência de trabalho psíquico representa. Qualquer possibilidade de indagar à subjetividade se vê neste contexto obstaculizada, e o profissional confrontado muitas vezes a avalizar com seu saber tal situação, inteiramente desfavorável. Como conduzir um tratamento que é dissonante com relação a essa demanda?

A partir de uma caracterização dos problemas da clínica psiquiátrica contemporânea discutirei os impasses existentes nas metodologias de pesquisa atuais, que desconsideram a clínica e transformam o objeto da atenção psiquiátrica. Examinarei, em seguida, o que concerne ao saber psiquiátrico e psicopatológico referido ao problema teórico-clínico da depressão, dialogando com os ensinamentos psicanalíticos, buscando com isso esclarecer a dimensão clínica e nosológica da depressão, bem como seu fundamento metapsicológico.

Para avançar me guiarei por três dimensões – nosológica, terapêutica e moral – que o tema implica, considerando que elas ajudam a melhor apreender as forças que o organizam. Iniciarei problematizando a questão nosológica, delineando com ela o caminho a seguir. Partindo dos gregos – com os quais, de resto, tudo se inicia –, situarei o sentido por eles atribuído ao problema representado pela melancolia. Evidentemente não pretenderei pesquisar a noção de melancolia da Antiga Grécia e aplicá-la aos nossos dias, não somente porque isso seria infindável, mas, o que é muito mais importante, porque representaria estabelecer a suposição de existência de uma homologia e continuidade entre as concepções então existentes e as que viemos a conhecer, desconsiderando suas diferenças.

Por essa razão, não é com tal finalidade que buscarei apoio no pensamento grego. Antes, ele servirá de exemplo ilustrativo de como, numa época em que o campo da clínica não se fragmentava ainda em tantas direções, o sofrimento psíquico que hoje tenderíamos a chamar de depressivo era enfrentado. Tem o intuito, também, de possibilitar um retrato inicial que

permita acompanhar o caminho seguido por essa categoria nosológica no saber psiquiátrico. O quadro aí delineado servirá como o contraponto clássico que permitirá delimitar o surgimento de um novo elemento na nosologia: a depressão. Com base nele examinarei a tradição da psiquiatria clínica, de Pinel e Esquirol a Falret, Kraepelin, Bleuler e outros autores que permitam entender a posição conferida à melancolia e à depressão pela clínica clássica. Este exame indagará o conhecimento clínico então existente no campo do padecimento melancólico-depressivo, com vistas a discernir os elementos teóricos e semiológicos que norteavam a abordagem do que se denominava os problemas do humor. Esse assentamento é fundamental para nos posicionarmos criticamente perante o que veio a se desenvolver no fim dos anos 60. Esses desenvolvimentos, ou melhor, o que se pensa serem desenvolvimentos, surgirão a partir de um exame dos modos com os quais o campo médico-psiquiátrico passou a classificar desde então a problemática depressiva. Para que a compreensão da questão fique facilitada iniciarei minha abordagem por esse último item, e a partir de problemas atuais caracterizarei sua importância no contexto da clínica contemporânea. Daí, então, os outros capítulos seguirão na ordem mencionada.

Na seqüência do texto examinarei a contribuição que se pode obter na obra de Freud ao esclarecimento da depressão. O referencial freudiano, base para minha argumentação, será cotejado com o que Abraham, Melanie Klein e Lacan introduzem, permitindo precisar, aprimorar e ampliar o ponto de apoio conceitual da minha abordagem. Por fim, chegarei às questões que dizem respeito ao tratamento psicanalítico desses pacientes.

É preciso salientar um detalhe presente no horizonte de todo este exame: que os padecimentos anímicos são um objeto muito mais da prática social do que da ciência. Nessa perspectiva, o que vem a ser dita prática social? Os elementos para responder a essa questão encontram-se na indagação filosófica, psiquiátrica, psicanalítica e também na sociologia e etnologia. No entanto, contemporaneamente, as neurociências empreendem uma dissolução deste horizonte social (simbólico, histórico, ético ...) no metabolismo neuronal, fazendo com que para sua leitura crítica seja preciso um discurso analítico e filosófico vigoroso, ao mesmo tempo que sensível. Enunciá-lo é o meu compromisso com este livro.

Quero agradecer o carinho, a amizade e a cortesia de um grande número de pessoas que me permitiu acesso a textos, sugestões, críticas e equipamentos de inestimável valor para a produção deste livro. Que todas se sintam aqui reconhecidas.

Para sua realização, inteiramente baseada no meu trabalho clínico, muito me beneficiei dos freqüentes diálogos com Romildo do Rêgo Barros.

Joel Birman me acolheu e orientou de forma segura e constante a elaboração da tese que deu origem a este livro, defendida na pós-graduação em psicologia clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A Cláudia Noronha e Walter Clemente, pelo companheirismo e amizade.

A Leda Araujo Coser, que contribuiu em todas as etapas de construção deste livro, e participou decisivamente na revisão da versão final, enriquecendo-a com numerosas sugestões.

1

Crítica da Razão Depressiva

Dos Estudos Contemporâneos sobre Depressão

Diversos são os caminhos a partir dos quais se pode chegar à psicanálise. Freud trilhou o seu pela via da neurologia e da psiquiatria, e inicialmente foi conduzido nesse percurso pelas questões que sua investigação sobre histeria e neurastenia lhe permitiu formular. Lacan vem da psiquiatria, tendo a princípio se defrontado com a investigação da paranóia. Ferenczi, Abraham, Melanie Klein, Winnicott fizeram, cada um, seu trajeto singular, e, em que pese suas diferenças, todos se referenciam em Freud, e são igualmente psicanalistas. As diferenças teóricas, conceituais e práticas entre eles existentes dependem da feição distinta com que leram os textos freudianos, influenciada não só por questões práticas que cada um buscou resolver, como também por detalhes filosóficos, epistemológicos e históricos, entre outros.

Os pacientes, da mesma forma, podem chegar à análise por caminhos diversos, buscando resolver questões práticas as mais variadas, investindo de diferentes maneiras e a partir de pressupostos diversos essa procura. No entanto, uma constante em todas essas buscas é o encontro, no seu ponto de partida, de um sofrimento – que exatamente inaugura a possibilidade do tratamento. Mas, curiosamente, boa parte dos pacientes, apesar do sofrimento de que padecem, consegue chegar a um analista, mas não a uma análise, fato que sempre levanta uma questão: por quê?

Essa questão, que introduz o que busco pensar neste trabalho, me ocorreu em diversas ocasiões, quando recebia pacientes que haviam passado por numerosas experiências terapêuticas, por vezes por mais de uma década de tratamentos em consultórios médicos, neurológicos, psiquiátricos, psicoterápicos, e que naquele momento tentavam chegar à análise. O que esses casos apresentavam em comum? Em primeiro lugar, a existência de uma 'senha' que os conduziu por este caminho, que incluía o termo 'depressão'. Apresentada pelos pacientes como um sofrimento, razão de ser de suas queixas, em todos os casos ela havia aberto caminho para uma estratégia terapêutica cuja constante era a pressuposição da existência de um processo patológico subjacente ao sofrimento do paciente, do qual ele seria o portador, que o explicaria em termos de racionalidade clínica, e do qual se veria livre com o tratamento implementado, que consistia na utilização de algumas substâncias químicas englobadas na classe dos medicamentos ditos antidepressivos.

Em segundo, o fato de que o fracasso dessas tentativas não tenha apagado em tais pessoas o anseio, a busca, a demanda.

Circunstâncias diversas da minha vida profissional fizeram com que não poucas dessas pessoas tenham, após um tempo variável de tentativas de tratamento por via dessa estratégia, a mim chegado. A investigação que dá suporte a este livro é um desdobramento das experiências de cura psicanalítica que pude conduzir, e procura levar adiante uma questão que sistematicamente me ocorria nessas ocasiões: qual a possibilidade de, em cada um desses casos, efetivar uma experiência psicanalítica? Como produzir uma experiência terapêutica que depende da fala, da transferência, do conflito e do sintoma, ali onde impera a lamentação, o sentimento de que nada mais há a dizer e uma inércia longamente medicalizada? Será possível a subjetivação onde vigora a inércia? Como? Estas foram as interrogações iniciais que me levaram a empreender a pesquisa aqui relatada, e sua razão principal, as dificuldades que esses tratamentos introduzem.

O campo da depressão mostra-se, atualmente, como aquele que mais obstáculos cria quanto à viabilização de uma análise, tantos são os convites e promessas que os meios de comunicação difundem, relacionados a soluções terapêuticas de índoles as mais diversas. Essa heterogeneidade de ofertas de soluções para esses transtornos e sua expansão traz sérias questões para o campo

psicanalítico, dado o messianismo que veiculam tanto na sua vertente esotérico-religiosa quanto na vertente científico-farmacológica. O potencial de ilusão que contabilizam dificulta seriamente o tratamento analítico. Não é simples, nesta conjuntura, o estabelecimento de uma transferência para o psicanalista. Comumente, ela apenas pode surgir a partir da superação desse potencial ilusionista, seja pela sua quebra, seja pela crítica que dele o paciente pode fazer.

Em apoio à legitimidade desta investigação poderia evocar todos os pacientes que formam sua base clínica e que teriam passado por períodos de tratamento farmacológico ao longo de anos. Poderia especificar quantos são estes anos, quantos são os pacientes, descrever o tipo de medicamento utilizado, o insucesso terapêutico etc. Esse argumento torna-se desnecessário e pode ser contraproducente, fonte de equívocos, pois, ao uniformizar o heterogêneo, desvirtuaria o objeto em discussão. Se meu interesse é o de avançar na especificação do conceito de depressão na teoria psicanalítica, acreditando assim estar mais capacitado para enfrentar esses fenômenos tão comuns na clínica, que benefícios obter de uma descrição estatística? O que ganharíamos colocando no mesmo patamar um tratamento psicanalítico e outro, guiado por uma estratégia como a referida? No entanto, a pesquisa quantitativa é freqüentemente utilizada nos periódicos psiquiátricos e publicações médicas para referendar o suposto de confiabilidade ou de eficácia de uma determinada terapêutica. Essa metodologia se tornou tão comum na psiquiatria entre 1960 e 1980 que tomou o lugar da discussão propriamente clínica e dos conceitos que a informam, fundando um novo tipo de modelo clínico, instituindo um novo tipo de prova, criando o que se poderia considerar uma nova modalidade de produção da verdade na psiquiatria. Essa modificação é correlativa a uma mudança de enorme importância que nesta ocasião se processa no campo clínico, tanto psiquiátrico quanto médico, envolvendo seus níveis mais diversos.

O foco da preocupação se desloca, transformando a racionalidade clínica, as modalidades instituídas de produção do saber clínico e as metodologias que o sustentam, o que configura uma modificação no quadro epistêmico da medicina. Diversas categorias são introduzidas para se construir esse novo modelo, ou melhor, para produzir nos modelos existentes novos momentos, refundando antigas questões do campo psiquiátrico, sem que isso signifique a criação de um campo epistemológico novo. Se em 1621 uma *Anatomia da Melancolia* constituía-se numa obra-prima (Burton, 1621), a reviravolta no conhecimento operada a partir dessas transformações exige,

no que concerne à depressão, um estudo que não se satisfaça com a exterioridade desse fenômeno, mas elucide sua intimidade, radiografando não somente os meandros clínicos do processo depressivo, como também os detalhes teóricos, conceituais, metodológicos e outros dos estudos que ele suscita, requisitando uma abordagem quase que molecular do problema para dele obter um entendimento ampliado.

A Era Moderna nas Pesquisas Psiquiátricas

Esse conjunto de modificações incidindo sobre diversos níveis do campo empírico e teórico da psiquiatria pode ser pensado tomando-se por base noções como a de paradigma, estabelecida pelo filósofo americano Thomas S. Kuhn, a de aparelhagem mental, formulada pelo historiador francês Lucien Febvre, ou a de jogos de linguagem introduzida pelo filósofo austríaco Ludwig Wittgenstein (Wittgenstein, 1975). A primeira, bem conhecida, aponta para uma "constelação de conceitos, valores, percepções e práticas compartilhadas por uma comunidade" que formam sua visão particular da realidade, base sobre a qual ela (a comunidade) se organiza (Kuhn, 1975). Já a segunda é uma noção empírica que exerce importante papel no campo da história das mentalidades, através da qual Febvre, convicto de que os homens do passado "não viviam e não agiam como nós" (Burguière, 1993:86), busca explicar esta diferença.

Com essa finalidade, ele acreditava necessário "o inventário da aparelhagem mental de cada época: o léxico e a sintaxe, as categorias da percepção e da sensibilidade, os hábitos de pensamento tanto quanto os conhecimentos e os conceitos, pois é através desses 'instrumentos' que se constrói a experiência, tanto individual quanto coletiva" (Burguière, 1993:86). Parafraseando Febvre, poder-se-ia dizer que os psiquiatras do passado não pensavam e não agiam como os de hoje, o que seria uma obviedade não fosse o fato de esse processo, inteiramente datado e recente, se materializar num lapso de tempo não maior do que três décadas. Meu propósito aqui será elucidar os fatores determinantes dessas mudanças nos paradigmas, na aparelhagem mental ou nos jogos de linguagem operadores dessas transformações.

Tradicionalmente amparado no estudo detalhado de casos singulares, o interesse clínico se volta para o coletivo e busca apreender populações, o que produz importantes alterações na prática clínica e de pesquisas, na metodologia e nos conceitos que as informam. Em um estudo de caso, parte-se da clínica para se produzirem teorias acerca do que foi observado,

voltando-se à clínica com o olhar informado pela teoria produzida para se verificar sua acuidade. Nesse movimento, depura-se o conhecimento produzido e se avança; num estudo de populações, a metodologia é diversa. Na mesma medida em que não se pode considerar que uma população seja apenas um acúmulo de pessoas, um estudo das condições de saúde de uma dada população não se restringe a um estudo de muitos casos.

As peculiaridades metodológicas introduzidas por esses estudos produzem importantes alterações no que nos interessa, por exemplo, as que decorrem da necessidade de se homogeneizarem critérios diagnósticos que permitam comparar populações. Os instrumentos produzidos em resposta a esse anseio participam dessa profunda modificação no campo epistêmico da psiquiatria, provocando importantes alterações. É quando surgem e se disseminam no campo psiquiátrico as técnicas de *screening*, o diagnóstico através de entrevistas estruturadas ou escalas diagnósticas, e questionários para quantificação de queixas. A clínica tem que ser adaptada aos instrumentos, às novas tecnologias – as facilidades introduzidas pelo computador, ao mesmo tempo em que permitem agilidade e exatidão na avaliação de dados estatísticos volumosos, impõem certas padronizações, o que provoca diversas modificações importantes no campo clínico e de investigação sobre a clínica, das quais uma é crucial.

Vejamos: na produção desses novos instrumentos para detecção de casos inverteram-se os procedimentos clássicos de investigação tidos como científicos no campo da clínica – observação, formulação de hipóteses, teste da hipótese. Verifica-se assim que aquilo que antes era um instrumento auxiliar de medição – um questionário, por exemplo, ou uma escala de queixas – passa a ser definidor do campo investigado. Como, por definição, um instrumento de medição depende, enquanto um *a priori* lógico necessário a sua operação, que estejam estabelecidas e precisamente enunciadas as características daquilo que irá mensurar, verifica-se a existência de um paradoxo, uma subversão – de um instrumento de medida se faz um instrumento definidor. As definições passam a se ajustar a cada investigação e a cada instrumento de acordo com as necessidades. Tornam-se 'definições operacionais'.

Mas não é exatamente esse o papel que cabe a elas? Não é isso o que Freud estabelece nas primeiras linhas do seu ensaio sobre as pulsões ao esboçar a que deve servir um conceito fundamental? (Freud, 1915b) Não é a isso que se destinam as classificações? Ao permitir que se possam aproximar matérias aparentemente diferentes e separar outras vizinhas, não é para possibilitar condições de observação privilegiadas do evento em estudo, das

quais se formarão os conceitos que deverão nortear sua apreensão, que uma classificação se destina? Então, qual o problema?

O problema é que a psiquiatria pós-1960, e particularmente pós-1980, no afã de produzir uma visada objetiva, 'científica', do campo cujo estudo e tratamento ela em certa medida disputa com a psicanálise, termina por construir uma clínica sem subjetividade. Se for verdade que a ciência supõe que desta se faça abstração, também é verdade que toda atividade clínica presume existir um 'sujeito suposto sofrer', de quem partiria uma demanda de cura. Seria legítimo questionar se os conceitos de sujeito e subjetividade se aplicam a essa clínica psiquiátrica: há, por acaso, sujeito na clínica kraepeliniana? Obviamente não, se tivermos a formulação freudiana em mente. Mas para o que interessa no momento, como um degrau necessário à construção do raciocínio, parece-me sustentável que esse 'ser em sofrimento' seja pensado a partir de um marco ideológico como o indivíduo portador da doença, aquele de quem partiria uma demanda de cura, o que, sem dúvida, mesmo a psiquiatria mais biológica tem que admitir.

A reconfiguração operada no pensamento psiquiátrico após a introdução das pressuposições metodológicas antes mencionadas permite fazer a abstração de este sujeito suposto sofrer. Por exemplo, ele não mais precisa sofrer para que se o evidencie padecendo de algumas das categorias diagnósticas do campo psiquiátrico. Aqui surge mais um paradoxo a ser anotado, pois nenhum outro campo do sofrimento psíquico tem sido mais favorável ao discurso da ciência que o do padecimento depressivo. Graças à síntese da imipramina no final da década de 50 e de seus derivados nos anos seguintes, e à descoberta, à mesma época, do efeito dos sais de lítio sobre a recorrência das crises depressivas e sobre o episódio maníaco (Jefferson & Greist, 1999; Kessel & Simpson, 1999), tem sido possível àqueles que advogam por um paradigma biológico no campo de uma clínica dos fatos do psiquismo encontrar solo fértil para uma grande expansão. Efetivamente, o uso dessas substâncias se torna disseminado, e tão indiscriminadamente disseminado que permite, no seu exagero, captar os pontos de fissura desse paradigma, tarefa que também fica facilitada ao se verificar seus adeptos incondicionais proclamarem publicamente a perda das referências clínicas que esse frenesi medicamentoso acarreta, o que detalharei ao longo deste livro.

Surgimento da Razão Depressiva

O advento das substâncias ditas ‘antidepressivas’ permitiu que a categoria diagnóstica ‘depressão’, de uso comum na psiquiatria a partir da metade do século XIX, passasse a ter um ‘valor operatório’, e não mais um valor puramente ‘descritivo’ ou ‘clínico-conceitual’. Ou seja, permitiu que se pudesse passar de uma etapa voltada à descrição e caracterização clínica e nosológica desse fenômeno a outra, que inclui uma intervenção medicamentosa sobre ele. Esse processo, que na crítica kantiana representaria um progresso, a passagem da crítica da razão pura à crítica da razão prática, no campo psiquiátrico se traduz de modo problemático. O estabelecimento de uma ‘razão depressiva’, que eleva o mecanismo suposto de ação de um fármaco à condição de razão suficiente do estado clínico designado através desta categoria diagnóstica, que, em seguida, é pensado como seu determinante causal, passa a guiar toda a metodologia de pesquisa psiquiátrica a partir do começo da década de 60, direcionando seus passos seguintes.

O ‘valor operatório’ que a abordagem farmacológica desses transtornos representou transmudou-se em ‘mais-valia’ com a passagem de um campo de discussão clínica para um campo de intervenção química. Nessa passagem desaparece o que constituía a peculiaridade e a fineza do conhecimento produzido pela clínica clássica. Os fenômenos clínicos encontram-se, a partir daí, reduzidos ao seu aspecto de pura queixa, primeiro momento de uma estratégia que elabora um método que deverá permitir, através de um sistema de pontuação numa escala de queixas, se deduzir acerca da presença e da magnitude de um estado depressivo num paciente qualquer. O fármaco passa a operar não apenas sobre a essência que ele supostamente trata; torna-se, também, um elemento crucial na própria definição da síndrome sobre a qual interviria. Graças a essa reconfiguração, o diagnóstico ‘depressão’ passa a ser aplicado a quase tudo que melhora com antidepressivos.

A partir dessa estratégia, busca-se evidenciar, numa espécie de engenharia reversa, os possíveis mecanismos fisiopatológicos de produção desse distúrbio. Desse modo, a causa – no sentido etiológico do termo – do fenômeno clínico estudado passa a ser o mecanismo suposto para a ação das referidas substâncias; ou seja, a partir dessa transformação nos métodos de pesquisa clínica utilizados no campo psiquiátrico, o fármaco é elevado à categoria de eixo organizador do paradigma que então se constrói, dando racionalidade explicativa às hipóteses que se formulam. Do suposto efeito que o fármaco

produz, faz-se a hipótese explicativa do padecimento depressivo, hipótese que, em seguida, é alçada à condição de sua 'causa'. No esquema explicativo que então se origina, que denomino 'princípio da razão depressiva', repousa a quase totalidade das investigações que o campo psiquiátrico produziu acerca da depressão nos últimos 25 anos.

Esse movimento de fundamentação de um paradigma biológico para o campo das depressões se engrandece partindo-se da realização de testes laboratoriais que teriam por efeito a detecção, na urina, de metabólitos das catecolaminas. Tais testes, de acordo com a suposição erigida, possibilitariam o diagnóstico da doença mesmo na ausência de qualquer manifestação, tal como é possível com numerosas síndromes cromossomiais.[1] Um passo adiante é dado ao se supor que o fármaco oferece exatamente o que falta ao paciente. Essa possibilidade, que se encontra implicitamente presente em todo o horizonte da pesquisa psiquiátrica contemporânea, torna-se por vezes explicitada em certos autores. Paykel, por exemplo, afirma: "É possível que uma variável bioquímica, mais do que o subtipo clínico, prediga a resposta [que um determinado paciente apresentaria a uma determinada substância]" (Paykel, 1992:4). É o sonho de se fazer na psiquiatria uma clínica tal como a nefrologia ou a endocrinologia, orientada pelo laboratório.

Os autores do trabalho mencionado na nota anterior relatam uma experiência onde se conclui pela existência de uma associação entre altos níveis de 3-metoxi 4-hidroxi fenil glicol (MHPG), um metabólito da norepinefrina, e "percepções de impotência" – que eles tomam como signo de depressão –, constatação a partir da qual eles se autorizam a postular que "intervenções comportamentais-cognitivas como as desenvolvidas por Beck podem se mostrar benéficas para esses pacientes [com altos níveis urinários de MHPG]". Passa-se dos sentimentos de impotência de um sujeito à intimidade molecular do seu cérebro, o que metodologicamente significa

---

[1] No estudo dos erros inatos do metabolismo, por exemplo. Nestas disfunções, a falta ou deficiência de uma enzima responsável por uma determinada etapa metabólica acarreta o acúmulo de um metabólito que é excretado pela urina. É o que ocorre na fenilcetonúria, nas mucopolissacaridoses e em diversas outras síndromes, que, se não forem precocemente detectadas e tratadas, acarretam danos neurológicos irreversíveis. O metabólito acumulado pode ser dosado em nível plasmático ou urinário, ou detectado através de provas químicas diversas, o que permite intervir resolutivamente numa evolução que de outro modo seria desastrosa. Vide, em SAMSON et al. (1992), uma bibliografia específica sobre o assunto. Para uma discussão sobre os limites de validade de um teste especificamente dirigido ao diagnóstico de depressão, veja-se AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987).

um salto de longa distância, sem que isso suscite o menor arrepio. Esse exemplo permite ver que o fundamental nessa mudança de paradigma não é a inclusão de fármacos, mas a exclusão da psique, da subjetividade, do sujeito; o fármaco apenas a instrumentaliza.[2]

Pode-se adivinhar a euforia com que se abraçam essas novidades, tanto da parte da indústria farmacêutica quanto de profissionais interessados no assunto, o que evidentemente contagia os pacientes: a depressão se torna uma epidemia (Pignarre, 2001). A pressa, no entanto, faz com que muitas vezes se desconsidere a sabedoria clínica, que recomenda prudência e cautela na generalização dos resultados obtidos em manipulações experimentais. E recomenda também que não se esqueça um detalhe de enorme importância – o mecanismo de ação da substância que está sendo utilizada é, ele próprio, uma hipótese não controlada pelo experimento. Ele depende de um conceito que, no caso, não existe senão através de tentativas. A questão adquiriu tal magnitude que permitiu que se pudesse legitimamente pensar que as estratégias utilizadas para essas pesquisas são inventadas como forma de tornar operacional o paradigma, invenção baseada na crença de que a pesquisa empírica solucionará os problemas ainda não resolvidos no campo do padecimento mental. É importante assinalar que a própria formulação do problema como tal (a formulação conceitual do problema clínico estudado) é desconsiderada. Não obstante, tudo é documentado por meio de estudos controlados e metodologia quantitativa, e os resultados encontrados em estudos multicêntricos permitem aos pesquisadores concluir pela existência do que seria um ponto de vista consensual, saudado como evidenciando a veracidade do paradigma.

Uma vez que, ao longo de 30 anos, os termos com os quais essa suposta veracidade é afirmada modificam-se duas, três, quatro vezes, pode-se verificar que tal consenso é, em verdade, induzido pela operatividade do paradigma e pelas definições operacionais da metodologia de sua validação, o que permite constatar que, na estratégia, de pesquisa dominante na psiquiatria entre o início dos anos 60 e o início dos anos 90, "o consenso ocupa o lugar do universal, o empirismo, o lugar da observação, a norma estatística, o lugar do verdadeiro" (Laurent, 1989a:95). Essa estratégia apresenta, no entanto, um efeito colateral inusitado: o de abrir uma crise sem precedentes no

[2] Uma descrição detalhada desse processo do ponto de vista do bioquímico pode ser encontrada em Schildkraut et al. (1978a) e em Schildkraut et al. (1978b).

pensamento psiquiátrico, fazendo com que a psiquiatria involuntariamente contribua com um exemplo, cujo peso não é pequeno, para a série de casos que ilustram a clássica expressão anedótica em que se joga fora o bebê junto com a água do banho. A utilização dessa metodologia no campo do padecimento depressivo permite evidenciar que a psiquiatria faz um serviço completo: além da água e do bebê, a banheira também é dispensada. Parece anedótico, e para quem exerce sua atividade clínica neste campo, certamente seria muito bom se apenas fosse uma anedota. Mas não o é. Senão vejamos: o discernimento clínico, as sutilezas clínicas que importavam aos psiquiatras da época clássica são desconsideradas ao se optar pela continuidade na clínica dos casos; as referências nosológicas que ordenavam o entendimento que os psiquiatras classicamente faziam do seu campo clínico (por exemplo, a distinção entre o campo do padecimento neurótico e do psicótico, e entre os transtornos funcionais e orgânicos) são igualmente desdenhadas; por fim, o próprio psiquiatra passa a não ser mais necessário. Se a patologia é diagnosticada através de questionários auto-aplicáveis ou entrevistas estruturadas computadorizadas, se a medicação intervém sobre a essência que seria sua causa material, e se a resposta terapêutica pode ser antecipada através do tipo bioquímico do paciente, psiquiatra para quê?[3] Não obstante, para muitos pacientes, esse discurso se esgota numa busca que, embora longamente perseguida, revela-se vã.

O tratamento psicanalítico dos pacientes deprimidos pressupõe a desconstrução daquele paradigma, para, no movimento da transferência, se recompor o sentido de uma singularidade. Isso não poderia ser efetivado sem que eu próprio tivesse atravessado a fantasia, fomentada pela indústria farmacêutica e permanentemente ansiada pelos pacientes, de uma cura química para esses padecimentos, e percorrido criticamente os meandros teóricos e práticos, clínicos e conceituais da questão; ou melhor, para fins práticos até poderia, na medida em que uma prática não precisa ser informada para ser operativa. Mas, para o que me interessa neste trabalho, não, e dois únicos fatores bastariam para que a investigação a que me propus encontrasse legitimidade. Em primeiro lugar, o fato de que o insucesso terapêutico dessas experiências anteriormente efetivadas não tenha extinguido a demanda de tratamento ali existente, que o acaso determinou fosse a mim endereçada. Em segundo, que, para sua sustentação teórica, encontrasse aval no saber psicanalítico.

[3] Abordo a transformação do campo assistencial psiquiátrico no tempo em mutação representado pelas duas últimas décadas em Coser (no prelo), especialmente na parte I – Transformações do campo psi: uma psiquiatria para o século XXI ?

Para que a partir da demanda que me foi dirigida – basicamente uma demanda de cura estritamente entendida como sendo alívio do sofrimento – pudessem chegar a uma análise, foi necessário operar a desconstrução do estado em que esses pacientes se encontravam, tornando a análise possível. A determinação de buscar fundamentação teórica consistente com o trabalho clínico então realizado foi o que inicialmente me levou à pesquisa que forneceu os elementos fundamentais para este livro.

Apoiando-me na clínica psicanalítica, investigo a problemática que surge na literatura especializada contemporânea com o nome de 'depressão'. Esse tema será tratado utilizando-se conceitos formulados por Freud e Lacan. Com estes, pensarei a prática; com a prática, ilustrarei os conceitos. A tautologia presente nessa maneira de entender a relação entre teoria e prática pode vir a ser inquietante, entre outras razões, pelo risco de precipitar equívocos metodológicos. Seja como for, não há como escapar a ela, uma vez que a prática clínica é fundada por conceitos e atos.

Visto que o inconsciente mantém seu estatuto de hipótese, quer dizer, uma vez que não há, no que concerne ao inconsciente, possibilidade de se realizar um experimento que o poria em evidência diretamente observável, desprovida de conceitos, são esses que fundam a prática e servem para organizar o que apreender do campo de ocorrências em que ela se constitui. De um conceito se extrai conseqüências, atos e práticas. Assim, os conceitos em que um analista se apóia determinam sua posição, definindo sua escuta e direcionando sua atenção. Daí surge uma peculiaridade que dificulta a pesquisa daquele que pretender dedicar-se aos fatos brutos da clínica, uma vez que esses nunca surgem destacados da relação de um paciente específico a um analista particular, estando desde sempre marcados pela transferência. Para subsistirem, esses conceitos têm que demonstrar na prática sua operacionalidade. Esta, no entanto, não pode ser buscada em uma experiência outra que se rege por conceitos oriundos de outros campos, fato que introduz uma ambigüidade – conceitos fundam uma prática e sua operacionalidade é provada na prática que fundam – e um campo de problemas da maior gravidade, que concerne à questão da prova no campo da clínica.[4] Essa mesma ambigüidade é apontada por Lacan ao falar da

[4] Questão de enorme importância e sobre a qual existe abundante bibliografia. Para um delineamento rápido e elegante dos seus pontos fundamentais, e uma indicação bibliográfica básica, ver Ricoeur (1977). Para uma problematização e um aprofundamento, vide Lacan (1979).

transferência no seu Seminário sobre *Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*: "Este conceito é determinado pela função que tem numa práxis. Esse conceito dirige o modo de tratar os pacientes. Inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito" (Lacan, 1964:120).

Traduzindo essas considerações epistemológicas para a clínica, pode-se imediatamente verificar a distância que se abre entre as distintas orientações teóricas do campo psicanalítico. Numa questão que destaca todas essas dificuldades conceituais e tão de perto toca na dimensão afetiva – aspecto central da discussão psicanalítica –, tal divergência poderá ser minuciosamente captada.

Afeto, sentimento, emoção, paixão. Esses termos são, em geral, indistintamente empregados para designar um mesmo fato psicológico. Que fato é esse? Embora a designação seja comum, curiosamente, quando se busca especificá-la, verifica-se que são os mais diversos. Ela é utilizada para recobrir todo o universo do que se fala como ternura, amor e amizade – espectro dos sentimentos tidos por parte daquele que os vivencia (e também pelo conjunto social) como positivos – bem como seus opostos: dor, angústia, tristeza e depressão. Este último, nós o acompanharemos ao longo deste livro.

Por que depressão? Porque no campo psicanalítico existe um certo mal-estar no enfrentamento da questão referida através dessa categoria nosológica. Dada a pregnância que sobre ela tem adquirido o discurso psiquiátrico, observo que muitas vezes chega a ser difícil se esclarecer acerca do próprio sentido dos termos utilizados na sua abordagem, o que produz importantes efeitos. O tema será abordado conceitualmente a partir da prática clínica exercitada no tratamento psicanalítico de pacientes que me procuraram em função de seus padecimentos depressivos. Meu intuito seria, portanto, desenvolver uma teoria psicanalítica do afeto depressivo? Não, minha ambição não vai nesse sentido. Antes, prende-se a um horizonte muito mais próximo à clínica do que a uma indagação teórica sobre o problema do afeto na psicanálise, o que tem sua razão de ser: é que, na minha experiência, a queixa do paciente depressivo se apresenta com uma série de particularidades que me leva a ter que situá-la num horizonte clínico e conceitual mais amplo, como uma tentativa de melhor entender o que aí se passa, antes mesmo de tematizar o afeto depressivo. Soma-se a essa razão a tarefa, que foi a minha nesses casos, de tornar possível para esses pacientes a experiência psicanalítica. Chegaremos assim à questão teórico-conceitual do afeto pela via da clínica, e não o inverso. O que levou a tal escolha?

Partindo dela, possibilitaríamos uma âncora clínica ao estudo. Essa ancoragem na clínica revela sua importância na medida em que é do exercício cotidiano de analisar pacientes que extraio os referenciais que me levam a buscar na teoria formas explicativas capazes de elucidar o que encontro no trabalho terapêutico.

A segunda razão que me faz eleger esse aspecto da clínica para investigação refere-se ao fato de que, na história da psicanálise, ele não apenas foi longamente estudado e trabalhado teoricamente (nos mais diversos e divergentes enfoques), como principalmente porque, para sua elucidação, teria que me valer das noções e conceitos mais centrais da teoria psicanalítica, o que introduz mais uma possibilidade, dada a obrigatoriedade em reestudar essas noções fundamentais para situar esse fenômeno clínico. Em terceiro lugar, ao abordar clinicamente questões como depressão, culpa, angústia, optei por buscar referenciais distintos dos da psicanálise sobre o bom, o belo e o bem, aproximando-me da filosofia, da poesia, da moral, da religião, enfim de discursos diversos sobre o bem, o justo, a felicidade. Um risco, nada desprezível, aí se introduz: o de ficar seduzido pela literatura e filosofia, e afastado da clínica, o que seria pouco conveniente. Beleza, ensina o poeta, é fundamental! Mas o ofício clínico não responde a apelos literários. Desse modo, deve ficar claro que, ao recorrer à filosofia (e não há por que deixar de fazê-lo), faço-o em nome da, e para melhor entender, a clínica.

Por fim, última e principal razão: um certo gosto pelos paradoxos. No caso, o paradoxo que existe em pretender pensar e trabalhar psicanaliticamente uma questão clínica que, por sua própria natureza, implica, senão um mutismo, ao menos um ensimesmamento e alguma aversão à palavra, característica que introduz um certo impasse no tratamento desses pacientes,[5] impasse que, apesar de tornar árdua a condução dos tratamentos, representa também uma maneira de refazer a partir da clínica o percurso da constituição da psicanálise.

Como sabemos, a cada cura que um analista conduz, esta tarefa, a de refazer o caminho inaugural de Freud, se repete. Esse percurso não se faz sem problemas ou obstáculos, e, talvez, no caso do paciente deprimido fiquem mais realçadas as dificuldades que são próprias ao estabelecimento

---

[5] Característica que evidentemente só pode ser afirmada de maneira genérica, dada a proximidade, que adiante examinarei, que a depressão possui com a mania, e a menciono aqui apenas para não obscurecer a existência de pacientes deprimidos loquazes, a hipercinesia funcionando como defesa contra a depressão.

do dispositivo analítico, e, portanto, comuns a qualquer análise. Este ponto, desse modo, está relacionado aos impasses que enfrentei no empreendimento da análise de alguns desses pacientes, que depois de superados revelaram ser não mais do que passos próprios ao estabelecimento do processo terapêutico. A possibilidade de compartilhar com colegas ou através de leituras o mesmo tipo de ocorrência introduz na apreensão da questão uma generalidade que a torna mais consistente, permitindo circunscrever um objeto de estudos e delinear uma problemática que toca num campo fundamental da clínica. Em função dessas razões, a questão nosológica terá que ser problematizada.

Não se trata absolutamente de comparar a terapia farmacológica da depressão com o que seria uma terapia psicológica, tal como muitas vezes se vê em congressos e simpósios, debates sobre 'psicoterapia *versus* medicação'. Não se pode comparar resultados em si, pelo menos sem que se discuta as formas metodológicas de que se serviu para obtê-los. E não se pode discutir esta questão sem que se inclua os conceitos que informam a metodologia utilizada. Isto joga por terra uma comparação que homogeneiza resultados, seja porque as ditas definições operacionais utilizadas na pesquisa farmacológica não suportam tal crítica, seja porque as categorias psicanalíticas são assintóticas para com o saber que orienta dita metodologia, o que não deve servir para invalidar o efeito positivo que o uso de medicamentos possa ter sobre o quadro clínico apresentado por alguns pacientes, que eventualmente poderão deles se servir.

Essas peculiaridades situam o tema no imbricamento de três dimensões problemáticas nas discussões contemporâneas da psicanálise. Um exemplo diz respeito à discussão de qualquer aspecto da clínica psicanalítica pelo viés da terapêutica e da cura, o que, absolutamente, não incomodava a Freud, Ferenczi ou Abraham, que sempre consideraram ser a psicanálise um tratamento (no sentido forte do termo). Do mesmo modo a questão nosológica, considerada por alguns como superada, será repensada em função do tema, que coloca sérios problemas de diagnóstico diferencial e de encaminhamento terapêutico. Por último, a questão dos afetos, e sua proximidade para com o campo da moral, será também colocada no centro da cena. Que motivos me levam a reabri-las?

Não haveria razões para isso se tais questões não manifestassem sua atualidade no cotidiano da discussão contemporânea na psicanálise, embora ultrapassadas pela história das disciplinas que as suportam e pelo avanço da teorização no campo psicanalítico. Senão vejamos: as questões da terapêutica

e da cura e do valor terapêutico da intervenção analítica são tópicos que, embora tenham a idade da psicanálise e estejam superados se pensarmos em termos do avanço do conhecimento, atualizam-se a cada vez que um paciente procura um analista. O que move o paciente para essa busca é um sofrimento do qual ele quer livrar-se, a psicanálise se apresenta como um tratamento competente para isso. Essa questão é introduzida não só pelo viés da demanda inicial do paciente – fato que é uma constante em toda procura de análise – , mas também a cada passo do caminho. A psicanálise reconfigura a dimensão da terapêutica, considerando-a não como um fim 'em si' a ser buscado pela via do tratamento, mas sim como um acréscimo ao qual se chega com o avanço da investigação. A questão é, portanto, invertida, tornando-se muito problemática para uma visada positivista, porém cotidianamente verificada em sua rigorosa veracidade por quem tenha da experiência da análise as condições ideais para observá-la. Na maior parte dos casos em que o paciente não melhora, isso se dá (excetuadas as situações de erro diagnóstico e indicação terapêutica equivocada) não porque o tratamento não funciona e deve ser descontinuado, mas porque a investigação não caminhou o suficiente e, conseqüentemente, é preciso avançar para alcançar a eficácia terapêutica. No entanto nem todos os pacientes suportam essa particularidade que o tratamento psicanalítico, de certa maneira, impõe. Alguns analistas também não.

O interesse, portanto, é estudar o processo de construção do padecimento depressivo e seu tratamento pela psicanálise – o que permitirá esclarecer as distintas formas existentes desse sofrimento e os diversos modos de produção da depressão. Mas não se trata de um estudo psicopatológico. Embora o tempo todo estejamos diante de uma questão nosológica, o interesse é o de enfrentá-la pela via da metapsicologia, e não pela psicopatologia. Igualmente, não se trata de proceder a uma discussão sobre a teoria psicanalítica do afeto (tal como tem sido feito de modo consistente por autores conceituados nas mais diversas orientações no campo psicanalítico)[6] nem sobre a concepção filosófica da melancolia ou do sentimento depressivo, mas sim de extrair tanto da teoria psicanalítica quanto da filosofia, como também da antiga clínica psiquiátrica, os elementos conceituais que possibilitem uma contraposição ao que se veicula no enfrentamento clínico

---

[6] Veja-se o recenseamento minucioso que sobre a questão faz, por exemplo, GREEN (1975). A *Revue Française de Psychanalyse* dedica um número especial ao seu exame; nos Estados Unidos o interesse sobre o assunto desperta numerosas contribuições. Vide SCHUR (1965).

do fenômeno depressivo como referido à experiência psicanalítica. Ou seja, não se tratando de um estudo psicopatológico sobre a clínica da depressão nem de um estudo metapsicológico sobre a questão do afeto na psicanálise, inclui a ambas numa outra configuração que tem a clínica como eixo e a prática analítica como instigadora das questões que abordarei.

O que me leva a este estudo é fundamentalmente a constatação de que existe uma indistinção acerca do uso que se faz da categoria depressão como sendo um diagnóstico clínico-psiquiátrico, problemática, por diversas e numerosas razões. A principal delas me parece ser o efeito sobre os analistas – perde-se a dimensão do que foi construído ao longo da tradição psicanalítica acerca do tema, fenômeno que propaga seu poder deletério mesmo entre analistas de prestígio teórico e clínico.

Circunscrevendo melhor os conceitos que orientam a apreensão do fenômeno depressivo, será possível situá-lo com acuidade, segurança e juízo crítico ante a homogeneização que vem sendo feita no campo desse padecimento, e, assim, resgatar a riqueza que existe na tematização freudiana sobre a questão.

A Psicanálise e o Campo da Depressão

Desde os primeiros tempos da psicanálise, revela-se como instigante e problemático o tema da melancolia e depressão. Freud o menciona já em 1895, num rascunho enviado a Fliess, apresentando aí um esclarecimento que antecipa em mais de duas décadas o que viria a ser o fundamento básico do seu entendimento do luto e do padecimento melancólico (Freud, 1887-1902:239). É então explicitamente afirmado ser o luto o estado afetivo correspondente à melancolia, constatação que permite a Freud supor que teria havido uma perda na vida pulsional do sujeito. Freud fala, então, em uma "ferida aberta", metáfora que retorna em 'Luto e melancolia', para explicar o empobrecimento egóico resultante (Freud, 1917:250). Mais de cem anos depois, o tema não só está em pauta para estudo, como também continua a manter a vivacidade e a capacidade de despertar o interesse que as grandes questões encerram. E, sem dúvida, a depressão é um importante tema clínico, tanto para o campo psiquiátrico quanto para o psicanalítico, que a atualidade tornou mais complexo à medida que permeado por fatores que se introduziram nos últimos 40 anos no campo clínico e no campo social – as drogas ditas antidepressivas, a difusão da psicanálise como prática clínica, a peculiaridade que o mal-estar na cultura assumiu... Diversas vias de estudo então se abrem.

Uma possibilidade de investigação da problemática clínica existente em torno do tema seria, por exemplo, estudar a dinâmica mental do paciente deprimido seguindo a via inaugurada por Freud nesse manuscrito, prosseguida por Abraham (1911) em 'Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins', e ampliada por Freud, alguns anos depois, em 'Luto e melancolia'. Essa é a via mais comumente utilizada na abordagem do tema e de tão freqüente, chegou a fundar um certo padrão na compreensão da questão, padrão que, de modo quase automático, vincula a depressão do sujeito a um luto pelo qual ele estaria passando, o que introduz um problema, aliás, duplo problema.

Primeiro, toma-se o estudo metapsicológico que Freud empreendeu sobre o fenômeno do luto como se fosse uma 'explicação' do fenômeno depressivo-melancólico, introduzindo a necessidade de se comprovar psicologicamente uma noção metapsicológica, o que é complicado por desconsiderar as diferenças entre essas ordens teóricas distintas. Segundo, é freqüente considerarem-se como depressão estados tão variáveis – que vão do cansaço ao tédio, que na realidade, estariam mais bem situados na categoria nosológica da neurastenia ou ainda na de histeria de angústia, e não na da melancolia como se poderia supor a partir do estudo realizado. Há uma certa tendência em fazer-se do saber psicanalítico uma explicação da neurose, e eu admito que Freud possa ter contribuído para esse padrão se disseminar, na medida em que o fomentou durante certa época.[7] Mas não se pode desconsiderar que entre essa e a que vivemos passaram-se quase cem anos. E, o que é muito mais importante: foram empreendidas substanciais reformulações conceituais, sem as quais não se teria como entender a psicanálise freudiana, que, longe de ser um exercício de explicação da neurose, é uma prática de transformação daquilo que nela se manifesta como causa e de produção de novas posições subjetivas. Examinemos como na clínica isso se dá.

Os Impasses da Clínica

Em geral, são os próprios pacientes que se dizem 'deprimidos'. Desse modo, indicam que se apropriaram dessa categoria diagnóstica tão convencionalmente utilizada nos últimos 30 anos para caracterizar seu 'estado de espírito'. Pelo que se pode observar, não é raro que seja o suficiente

---

[7] Esta tendência se manifesta, por exemplo, em alguns textos do primeiro período da obra de Freud, e particularmente na maneira como esta foi apropriada por alguns dos seus seguidores, especialmente aqueles que disseminaram o refrão "Freud explica".

para selar o diagnóstico, na maior parte dos casos. Se a escuta do profissional for apressada, a queixa prontamente encontrará correspondência numa entidade clínica que a nosologia reconhece como A Depressão, e a este reconhecimento, habitualmente, seguem-se dois desdobramentos: ou a psiquiatrização da queixa ou uma certa psicologização da clínica, freqüentemente instrumentalizada com argumentos pretensamente freudianos.

A psiquiatrização da queixa se dá quando o profissional toma à fala "estou deprimido" como um enunciado que indicaria uma categoria diagnóstica, supostamente o referente nosológico da queixa. A fala é assim tomada como signo, apontando para o referente causador dela. Eventualmente, nem mesmo é preciso que o sujeito fale: sua inquietação, um roer de unhas incessante, o permanente desalento, a insônia, servem, nessa modalidade de apreensão, como índice, como queixa, e, por que não, signo de uma 'depressão agitada'. Comumente é o bastante para que um diagnóstico se estabeleça. Ora, para que serve um diagnóstico? Quem quer que tenha experiência clínica no campo psicológico/psiquiátrico pode verificar que o de depressão serve para que se prescrevam antidepressivos.

Ao traduzir a queixa do paciente num enunciado de mestria – "você tem uma depressão!" –, o profissional a sanciona, transportando-a a outro patamar, o da nosologia, legitimando-a profissionalmente. Essa mudança de nível, porém, não é inócua. Traduz-se, por um lado, na exclusão do sujeito de sua fala; por outro, em medidas concretas sobre suas vidas, medidas que incluem injunções prescritivas sobre o comportamento que devem adotar – por exemplo, rituais comportamentalistas, e prescrição de medicamentos. Tanto um quanto outro caminho leva a um mesmo resultado: expropriar do paciente algo que é dele, desimplicando-o de seu sofrimento – para a psiquiatria, ao transformar a queixa em diagnóstico, retornando para o paciente seu próprio enunciado, a partir desse momento invertido, como enunciado de um médico, transformado em categoria médica.

A psicologização do problema, segundo desdobramento assinalado, e correspondente no campo do saber psicológico do anterior, se manifesta sob numerosas formas, de acordo com a peculiaridade da escola que serve de guia ao profissional que a executa. Vou me restringir à psicologização que busca seu aval no referencial freudiano. Ela se deve a que, muito freqüentemente, toma-se como sintoma o que o paciente formula como queixa, e, do mesmo modo, toma-se o sentimento que envelopa sua queixa como se fosse seu afeto. A partir desse ponto, pretende-se estudar com o

instrumental da metapsicologia freudiana o que seriam o sintoma e o afeto do paciente. Ora, o que se passa é que, muito freqüentemente, esses pacientes encontram-se no que podemos chamar de 'momento pré-analítico' do seu tratamento, quando nem sequer foi possível identificar o sofrimento psicopatológico que os levou ao analista enquanto um sintoma propriamente analítico. Isto é, a neurose de transferência ainda não se estabeleceu. Com isso, todo esse julgamento é feito com base em uma leitura comportamental, e, dada a pregnância de um certo entendimento apressado das queixas em termos do que é enunciado (e não de sua enunciação), conclui-se, num raciocínio que segue a via da posição depressiva e da distinção freudiana entre luto e melancolia, que ele estaria elaborando um luto, sendo a depressão a evidência desse trabalho em andamento. Produz-se assim o esdrúxulo resultado de explicar-se psicologicamente (com o instrumental conceitual da metapsicologia freudiana) uma depressão que o dispositivo analítico poderia revelar ser, na verdade, uma histeria. Esse é o desdobramento mais rotineiro. Pode também ser apresentado numa versão mais complexa, temperada, referente a casos em que, para sintomatologia mais exuberante, usa-se armamento conceitual mais denso – a foraclusão do Nome do Pai, por exemplo, freqüentemente invocada como explicativo para uma queixa mais intensa e barulhenta, como se ali houvesse uma psicose. Nesses casos, tal desdobramento freqüentemente se alia ao anterior.

Esses fatos, surpreendentemente comuns, me levam a indagar: o que está em causa nesse tipo de equívoco? Diversas razões que, agrupadas, configuram um desconhecimento de certos princípios que fundam a clínica. Esse aspecto evidencia um surpreendente desconhecimento da clínica clássica, freqüentemente acompanhado pelo desdém acerca do que se ignora. Dois fatos compõem as balizas que circunscrevem o espaço onde 20 anos atrás isso começou a se manifestar: o avanço do pensamento psicanalítico e o prestígio da categoria 'estrutura' num certo segmento da discussão clínica. Uma frase é a chave que pode permitir flagrar o ponto onde ele irrompe: "O diagnóstico em psicanálise é um diagnóstico de estrutura!". Transformada em um chavão, passou a impedir que se visse que a dita estrutura se manifesta no contexto clínico através de sintomas, queixas, demandas. Muitos pensam que, ao levantarem esse chavão como bandeira, estariam superando o fenômeno, graças à estrutura. O que não se considera é que, ao colocarem fenômeno e estrutura em campos distintos e em oposição não articulada, podem estar caminhando não na direção segura do avanço da investigação no sentido de elucidar os determinantes últimos da neurose como queria

Freud, mas sim no sentido inverso, que leva à mesma confusão a que chegou, por um outro caminho, a psiquiatria. Que o leitor não se assuste com os termos. Eles são fortes, sim, e não por exagero. Para dar conta do que pretendo elucidar, é preciso utilizar terminologia apropriada e, de fato, não há exagero algum em se qualificar nesses termos o estado atual do conhecimento psiquiátrico no campo aqui estudado.[8]

Mas não haveria problema se essa confusão preservasse intocadas as categorias conceituais e operacionais que ordenam o campo clínico, e se essas medidas executadas a título de terapêutica servissem para permitir aos sujeitos por elas afetados alcançar a felicidade prometida. Acontece que não é exatamente isso que se passa. O que se produziu nos últimos 30 anos no campo da investigação clínico-psiquiátrica da depressão aponta muito mais na direção de ampliar a escravidão e a miséria existencial dos sujeitos do que na de sua liberdade. Esses fatos não são, no entanto, imediatamente verificáveis, uma vez que os meios de comunicação os difundem como avanços e conquistas alcançados modernamente no campo da terapêutica. É efetivamente inegável que os recursos farmacológicos disponíveis desde o final da década de 50 representam um progresso se comparados com o eletrochoque, por exemplo, que de 1938 a 1958, quando do início da utilização da imipramina, era a terapêutica psiquiátrica eleita para a depressão (Sabbatini, 1997-1998). Esses recursos podem também, eventualmente, representar uma dádiva para certos pacientes que dessas drogas se beneficiam. [9]

Ora, esse último enunciado contrapõe-se ao que eu afirmava até então, e, para evitar um discurso contraditório, é necessário um esclarecimento. No contexto do que se estuda e publica, tanto na imprensa leiga quanto nas revistas médico-psiquiátricas, reina pouca precisão na delimitação do campo abarcado pelo termo depressão, produzida a partir da queda dos parâmetros

---

[8] Considere-se o título do artigo muito lúcido que lhe dedicou um renomado psiquiatra britânico: KENDELL (1976). Treze anos depois, o qualificativo ainda se mantinha (FARMER & MCGUFFIN, 1989). Mais de duas décadas depois ainda colocava questões, sendo a perplexidade que tal confusão acarreta retomada por EHRENBERG (1998:83).

[9] O tratamento da depressão (e de outros transtornos, igualmente) acompanha não somente a evolução dos recursos terapêuticos disponíveis, como o modo com o qual iremos defini-los e apreendê-los conceitualmente. Se acreditarmos, tal como se acreditou durante muito tempo, que depressão equivale a risco de suicídio, que risco de suicídio se trata com eletrochoque, ..., nada haverá para mudar esta idéia. Para que alguma mudança se efetive é preciso modificar os pressupostos desde os quais se escolhe o rumo de tratamento a ser seguido. É o que no tratamento de um caso singular a transferência permite operar, o que não ocorre sem que se empreenda a desconstrução daquilo que existia.

clínicos e semiológicos que vigoraram desde antes de Kraepelin até a primeira metade do século XX. Essa imprecisão conceitual é acompanhada de um empobrecimento no conhecimento clínico, semiológico e nosológico produzido pela psiquiatria acerca do fenômeno depressivo. O dano que isso representa no contexto científico e ético não pode ser ignorado. Caminhando, portanto, rumo à elucidação necessária para evitar contradições e avançar, delimitarei o espaço de abrangência do que abordarei tentando situar as linhas de força que o ordenam.

Nas pesquisas contemporâneas sobre depressão, aparece um traço ideológico peculiar da psiquiatria, centrado na fórmula "uma explicação de conjunto a partir de resultados parciais", acerca do qual tão apropriadamente nos fala Gladys Swain (Swain, 1987). Quanto maior a pesquisa farmacêutica, menor a produção teórica (no sentido da produção de modelos explicativos gerais), e maior a capacidade de se formularem conclusões com base nas premissas operacionais que regem as pesquisas e dos resultados parciais que elas oferecem. O habitual é que as pesquisas encontrem como uma conclusão o que antes foi introduzido como premissa.

Em seguida, não se pode ignorar a dificuldade decorrente da "invasão farmacêutica" (Dupuy & Karsenty, 1979), processo de dominação do campo clínico pela discussão farmacêutica, o qual muitas vezes não é percebido de imediato, pois captura o discurso científico tomando de certo modo seu lugar. Em contrapartida, será fácil perceber-se essa hegemonia se atentarmos para o fato de que o campo psiquiátrico acentua um aspecto que vigora para toda a clínica médica, na qual o médico "se encontra cada vez mais na situação onde sua nosografia confunde-se com as indicações dos produtos e onde sua definição de um medicamento eficaz é a de um medicamento que satisfaz o paciente" (Dupuy & Karsenty, 1979:177). Certamente, foi a antevisão desses fatos que permitiu a Lacan criticar, em 1967, a reentrada da psiquiatria na medicina geral: "Agora a psiquiatria volta a entrar na medicina geral sobre a base de que a medicina geral entra ela própria inteiramente no dinamismo farmacêutico" (Lacan, 1967:8). Conseqüência imediata, o clínico abandona a arte, a perspicácia, o entusiasmo do seu ofício, para se transformar num passador de remédios. Trinta e cinco anos depois, não obstante toda a evolução da medicina, dos medicamentos e das formas de prescrição, tais condutas continuam imperando, agora sob a égide da medicina baseada em evidências e a orientação de protocolos clínicos, e com o continuado amparo, não declarado na grande maioria dos casos, diz um estudo recente (Choudhry, Stelfox & Detsky, 2002) da indústria farmacêutica.

Os esquemas lineares, ao resolverem demasiadamente rápido os problemas que a clínica apresenta, na realidade, dificultam o entendimento acurado da questão impedindo que se possa delinear com clareza o caminho a seguir. Isso é particularmente importante no campo do tratamento dos transtornos depressivos, uma vez que, pela entrada avassaladora da indústria farmacêutica nesse segmento do campo clínico, se é levado a pensar, tanto da parte dos profissionais quanto dos pacientes, em termos de uma terapêutica medicamentosa e de algo que representaria uma melhora imediata em resposta à terapêutica implementada. A pressão que essa estratégia de *marketing* exerce sobre o clínico o torna receptivo aos esquemas lineares patrocinados pelos advogados da química. Pode-se demonstrar que os que advogam a química confundem (propositadamente?) a clínica – o que, aliás, é verificável a cada dia. Eles próprios, é importante saber, dão esse testemunho, simulacro institucional do movimento, elucidado por Lacan no seu estudo sobre a alucinação verbal, de retorno no real daquilo que foi recusado no simbólico (Lacan, 1956). Aqui ele se manifesta em dois momentos: no primeiro, os partidários dessa estratégia, para abraçarem a química, recusaram os conceitos da clínica; posteriormente, evidenciam que, sem os conceitos, não têm mais como voltar-se para a clínica, razão pela qual tudo se mantém numa certa confusão. Três alternativas, então, se oferecem: voltar para os antigos conceitos suportando o ônus de estarem se servindo de conceitos antes criticados como superados; ousar inaugurar novas fronteiras conceituais ou, terceira possibilidade, a mais comum, valer-se de metáforas conceituais oriundas de saberes diversos, no sentido de compor um corpo teórico mínimo que permita diminuir a confusão.

É legítimo que se busquem em outras disciplinas elementos conceituais, técnicos e clínicos que propiciem um a mais de conhecimento; mas é preciso não se perderem de vista as necessárias articulações entre uma disciplina e outra. Comumente se assiste à produção de *bricolages* que desconhecem tais diferenças. Na tentativa de produção de disciplinas híbridas ou de sínteses, é onde mais freqüentemente se podem verificar essas ocorrências. O resultado costuma ser uma colcha de retalhos oportunisticamente tecida, não sendo surpreendente verificar que o referencial freudiano entrou nessa tessitura.[10]

[10] Veja-se, por exemplo, este trecho: "Além deste papel do sistema NMR-HC [Núcleo Mediano da Rafe que inerva o HipoCampo] na reação aguda à ameaça (...) em condições de estresse crônico, a ativação deste sistema permite ao organismo desviar sua atenção dos estímulos ou condições aversivas, fazendo com que ele se comporte adaptativamente face a outras solicitações do ambiente. Este processo de desconexão guarda certa analogia com o conceito psicodinâmico de negação ('denial') como mecanismo de defesa do 'ego'. A falha deste mecanismo, ou seja, a insuficiência funcional do sistema serotoninérgico NMR-HC, levaria ao desamparo aprendido, no animal de laboratório, ou a transtornos depressivos no homem" (Graeff, 1991).

Pode ser interessante acompanhar como a construção desse paradigma foi, a um mesmo tempo, se fortalecendo e, paradoxalmente, mostrando suas fissuras. Nesse sentido, examinarei, tendo os conceitos que informam a clínica como fio de prumo, a forma pela qual esses momentos aqui assinalados se sucederam. Aliás, o termo 'sucederam' introduz uma dimensão de temporalidade, de lógica temporal, em que há um antes seguido por um depois, que não é conveniente, e portanto, melhor seria dizer que examinarei como esses momentos se processaram, ou ocorreram, unicamente pelo fato de que num mesmo texto coexistem momentos de épocas distintas, embora vá considerar também a história do que nos últimos 40 anos, aproximadamente, se introduziu neste campo.

Atualidade da Questão Nosológica

Todos os que exercem prática clínica sabem como é comum a procura do tratamento ser mediada pela queixa de depressão. Dada a força que a estratégia mercadológica da indústria farmacêutica possui no imaginário de cada um na sociedade contemporânea, o anseio que esses pacientes manifestam pela prescrição de medicamentos é enorme, e não será apenas no início do tratamento que aquele que os trata se defrontará com tal demanda.

Os pacientes que demandam uma análise esperam não só um tratamento, mas também o alívio que este traria para seu sofrimento. Se o analista não tem a segurança que lhe permita confrontar-se com as solicitações dos pacientes ou de seus familiares, que apontam na direção de uma promessa de felicidade quimicamente induzida, como irá proceder? Encaminhando o paciente a um psiquiatra?

Dada a confusão semiológica e nosológica reinante, deve-se admitir que as respostas que o paciente obtém do seu analista possam eventualmente levá-lo a procurar um psiquiatra. Isso não causaria problema algum, se não funcionasse como obstáculo ao tratamento pretendido, muitas vezes dificultando o estabelecimento da transferência, o que detalharei adiante. Esses comentários apontam para tópicos importantes, indicando que a questão nosológica encontra plena atualidade nas discussões da psicanálise contemporânea, na medida em que o tratamento de um paciente estruturado no campo da neurose é inteiramente diferente daquele de um paciente psicótico, o que vigora também para os que padecem de depressão. Uma certa parcela da comunidade psicanalítica, no entanto, desconsidera-a, acha-a

superada, antiga, desprovida de sentido. O que até aqui afirmei me parece demonstrar o contrário. Aliás, a atualidade e absoluta importância da questão não exclui sua 'antiguidade', e, diga-se, a melhor porta de entrada para essa discussão encontra-se no que ensina Freud nos textos mais antigos de sua obra, particularmente os escritos nos anos 90. Todas as balizas, todas as coordenadas, estão lá.

Contrapondo-se o uso que é feito atualmente do conceito de depressão ao que Freud entendia, verifica-se que a perspectiva freudiana pode fornecer elementos para um posicionamento muito mais rigoroso teoricamente e conseqüente clinicamente que aquele elaborado após sua morte, tanto para a psicanálise quanto para a psiquiatria, muito embora a categoria depressão não seja uma das estruturas freudianas, e não sejam freqüentes as referências diretas de Freud ao assunto. Por outro lado, da parte de Karl Abraham e Melanie Klein e da maioria de seus discípulos, a depressão recebe intensa atenção. Daí surgiu o estímulo à grande produção escrita, que chega talvez a superar a bibliografia psiquiátrica acerca do mesmo assunto, o que é um dos fatores que, se contribui para a sua atualidade, contribui também para sua dificuldade.

Em seguida deve-se considerar que, como o estudo da depressão ocupa um destacado lugar também na psicanálise pós-freudiana, temos como resultado que esse talvez seja o tema mais amplamente estudado na literatura psicanalítica. Isso poderia representar uma enorme dificuldade caso se pretendesse percorrer toda a bibliografia existente: a tarefa seria infindável. Mas o problema não se resumiria ao tempo necessário a este trabalho ou à extensão que teria. O problemático seria encontrar dentre essa vasta bibliografia as balizas que poderiam garantir o caminhar seguro no campo da clínica. Curiosamente, aqui se manifesta o mesmo tipo de dificuldade que Freud descreve no início da 32ª das suas 'Novas conferências', dedicada ao exame das relações entre a angústia e a vida pulsional. Não é por uma escassez de observações, diz ele, pela raridade dos fenômenos ou pela falta de bibliografia sobre o assunto que surge a dificuldade. Pelo contrário, os fenômenos que tenho interesse em estudar são justamente os que mais freqüentemente aparecem nas queixas daqueles que se dirigem a um analista; a questão temática de que me ocupo vem sendo extensivamente estudada ao longo dos últimos anos, talvez seja mesmo a questão que mais produção de textos suscitou no campo psicanalítico. O difícil, portanto, é situar conceitualmente o campo de questões. Retomando Freud, trata-se de

"introduzir as representações abstratas corretas, cuja aplicação ao material bruto da observação nele fará nascer ordem e transparência" (Freud, 1932:75). Aí se encontra a dificuldade. Para superá-la, uma vasta bibliografia não basta.

Lançar mão de certos conceitos fundamentais parece mais indicado, pois, no contexto do que se publica relacionado ao tema que escolhi, o mais comum é verificar-se que os conceitos faltam. Por essa razão, de um lado optei por buscar na obra de Freud esses conceitos e de debatê-los com outros introduzidos por alguns de seus seguidores, Abraham, Klein e Lacan, em particular. De outro lado, no que este estudo toca em problemas cruciais para o campo psiquiátrico, optei por colher na clínica clássica os ensinamentos semiológicos e nosológicos que permitissem confrontá-los ao que contemporaneamente a psiquiatria produziu como conhecimento acerca desse fato clínico.

O tema depressão, portanto, propicia discutir importantes questões do campo psicanalítico e psiquiátrico, e também retificar numerosos equívocos que surgem no balizamento que delas atualmente se é levado a fazer. Com esse propósito, examinarei o campo do padecimento depressivo tal como surge na clínica contemporânea e nas discussões que sobre ela se apresentam em publicações especializadas, norteando minha indagação em torno do conceito de depressão. Uma apreensão mais firme deste é necessária para entrar com maior consistência nos tópicos seguintes. O que é a depressão? O que caracteriza o fenômeno depressivo? É a depressão um afeto, um sentimento, um humor? Por que não uma paixão triste, como queria Esquirol? Isso deverá ser esclarecido com o avanço da discussão, mas por enquanto continuarei usando indistintamente esses termos para designá-la.

A resposta que se dá a esta pergunta – o que é a depressão? – irá variar se tomar-se como parâmetro para responder a ela o que está definido como categoria diagnóstica na última edição da tabela de códigos diagnósticos da Associação Psiquiátrica Norte-Americana (1990),[11] nas suas versões anteriores (1980, 1987),[12] ou nos escritos freudianos. Tomando como fonte os textos psiquiátricos e acompanhando a evolução das categorias conceituais usadas na apreensão do fenômeno depressivo, ver-se-á que reina grande confusão. O mesmo pode ser constatado no debate com colegas. Essa confusão acompanha o movimento de constituição do conceito de depressão, a

[11] American Psychiatric Association (1994).

[12] American Psychiatric Association (1989).

circunscrição do campo psicopatológico entre diferentes escolas teóricas, as idiossincrasias regionais. A partir das respostas que se obtêm a essa pergunta (na literatura, na experiência clínica, no intercâmbio profissional), pode-se verificar a existência de duas tendências. Primeiro, toma-se à queixa como evidenciando uma depressão; segundo, nivela-se o campo da depressão ao da melancolia. Nenhuma das duas satisfaz. A primeira, pelas razões já mencionadas e que adiante detalharei. A segunda, por sua vez, ao interferir numa distinção que é clássica na psiquiatria e fundamental para o campo psicanalítico nos põe diante de uma alternativa dupla – a de esclarecer essa diferença pelo viés da nosologia, situando cada um desses quadros em suas respectivas categorias diagnósticas, ou a de resolvê-los minimizando essa diferença, considerando-a pura questão de gradação, admitindo o trânsito de um quadro a outro. A escolha tanto da primeira quanto da segunda opção inaugura um impasse. Na primeira, o de resolver uma questão psicanalítica abraçando a nosologia psicopatológica, com tudo o que ela implica de um raciocínio apriorístico onde os fins estariam como que determinados pelo diagnóstico. Na segunda, por desconsiderar a distinção existente entre o que é da ordem da neurose e da psicose.

Essas considerações preliminares delineiam o percurso que seguirei. No seu ponto de partida, estão as controvérsias que reinam no campo da clínica referido à problemática da depressão. Essa situação confusa diz respeito não apenas à complexidade conceitual inerente ao campo estudado, mas se apóia, além disso, na indistinção nosológica que a psiquiatria, em prol de uma clínica ordenada pelo medicamento, tem fomentado. Há aqui um imbricamento entre a dificuldade conceitual e a indistinção nosológica, natural se considerarmos que os conceitos mapeiam aquilo que cada um será capaz de apreender na leitura que faz da clínica. Essa indistinção se caracteriza pelo desmedido alargamento da categoria depressão, elemento necessário para garantir a universalização do uso de drogas ditas antidepressivas. Ele será abordado como fazendo parte de uma estratégia de biologização da depressão. Essa estratégia se apóia em dois pilares:

· a idéia de um *continuum* na clínica desses casos;

· a suposição de que nesse fenômeno clínico estaria em causa uma essência sobre a qual se poderia intervir através de medicamentos e mensurar a partir de testes laboratoriais.

Uma Continuidade na Clínica?

Para o estabelecimento do *continuum* da depressão, o paradigma biológico se vale de instrumentos diversos tendo se apoiado na sugestão originalmente formulada por Mapother (1926) de que a distinção entre pacientes melancólicos e não melancólicos não poderia ser claramente estabelecida em se tratando de grupos categoriais e que eles ficariam mais bem representados como sendo pólos de um *continuum*. Esse propósito ganhou força a partir da demonstração, empreendida em 1962,[13] do suposto efeito da imipramina em pacientes que não se restringiam aos tipos kraepelinianos da depressão dita endógena, para os quais era, àquela ocasião, exclusivamente indicada. Tinha-se como estabelecido que os antidepressivos deveriam ser utilizados restritivamente nos casos de depressão endógena, ficando os casos de depressão neurótica e reativa para serem tratados com intervenções psicoterápicas, comportamentais, ambientais – o que é confirmado pelos mais diversos autores, por exemplo, Starobinski (1960), no seu clássico livro sobre o tratamento da melancolia. Eventualmente poder-se-ia questionar a validade científica desta opinião de um filósofo (embora Starobinski já tivesse se tornado médico quando escreveu esse livro). Correlacione-se, então, com este trecho, de uma autoridade psicofarmacológica: "Uma revisão estatística de testes controlados de placebo e de imipramina no tratamento da doença depressiva sugere que a efetividade da imipramina na doença depressiva 'endógena' aguda é indisputável, enquanto o valor da droga nos distúrbios neuróticos, crônicos e atípicos é menos claro" (Tyrer, 1980:186).[14] A investigação de Donald Klein, antes mencionada, ao mesmo tempo em que inaugura a vertente moderna do estudo do fenômeno depressivo, revela sua estratégia, sustentada pela articulação de três fatores concernentes ao campo estudado, e representados por:

- um suposto de eficácia do medicamento sobre a sintomatologia clínica do problema investigado;
- instrumentos de medida dessa alteração clínica, atribuída à ação suposta da substância componente do medicamento utilizado sobre o problema clínico. Esses instrumentos, mais comumente questionários, escalas ou tabelas de avaliações de sintomas, deveriam permitir captar, medir, mensurar, de forma 'objetiva' – isto é, sem a interferência do entrevistador – os sintomas apresentados pelos pacientes;[15]

---

[13] Este trabalho parece ter inaugurado esse tipo de estudo (Klein & Fink, 1962).

[14] A revisão a que Tyrer se refere encontra-se em Rogers & Clay (1975).

[15] Acerca da detecção, mensuração e quantificação do padecimento depressivo através de questionários existe abundante literatura, revisada em Sartorius & Ban (1985). Ver também Goldberg (1972), para uma discussão sobre a metodologia (melhor, a logística) que respalda essas táticas diagnósticas.

· a crença de que a ação da substância incidiria sobre o que seria a essência da patologia em questão, sua base orgânica, sua causa material, como diria Aristóteles.

Atente-se para a relação existente entre a idéia de um *continuum* de formas clínicas e a suposição de uma doença única, comum tanto no campo do saber psiquiátrico – noção de psicose única (Griesinger, 1865) – quanto no discurso psicanalítico – Pichon-Rivière (1970) com a sua doença única, coincidentemente chamada de "melancolia de base", Balint (1971), com a sua "falta básica"; Menninger et al. (1958), com a sua "doença mental unitária". Pode-se admitir uma histeria primitiva do sujeito, uma paranóia primitiva, uma esquizofrenia primitiva, ou uma melancolia; basta confundir a *Spaltung* que lhe é fundante com as figuras nosológicas. É mais comum, no entanto, a idéia de um *continuum* com o diagnóstico diferencial preservado, o que pode ser verificado nesta citação:

> *Me perguntam se é possível ou não realizar um diagnóstico diferencial entre todos estes grupos de personalidades e se não existe um risco de uma perigosa rigidez ao tentar fixar a patologia da personalidade ao largo de um continuum. (...) Um diagnóstico diferencial e descritivo é efetivamente possível, pode se situar experimentalmente ao paciente ao largo de um continuum segundo a gravidade da patologia da personalidade.* (Kernberg, 1980)

Observe-se que Kernberg aponta para uma dificuldade inerente à clínica na medida em que a natureza, como diz Foucault (1970:197) em *As Palavras e as Coisas*, "é um *continuum* de formas" e que conhecer implica estabelecer diferenças e semelhanças, isto é, classificar. Uma boa classificação, ensina Bercherie (1980:36), comportaria classes de transição entre suas grandes divisões. Apenas Kernberg não tem como apreender este "*continuum* de formas" diferencialmente, uma vez que seu referencial, puramente descritivo, o limita a medir a gravidade do acometimento da personalidade do sujeito afetado. Curiosamente, o que está em questão em sua afirmação é o mesmo que 50 anos antes inquietava Kraepelin, preocupado com o alargamento excessivo que ia ganhando seu conceito de psicose maníaco-depressiva. Seriam todos os quadros que ele alberga, Kraepelin se perguntava, uma entidade unitária? Ou seria melhor falar de uma transição gradual entre um e outro?

> *Não pode ser negado que, com todas estas novas aquisições, a classe da insanidade maníaco-depressiva aumentou numa extensão considerável. Isso não é, evidentemente, razão para duvidar de sua unidade, tanto quanto a freqüência e multiformidade da tuberculose ou da sífilis podem nos despertar hesitação acerca dos estados clínicos. Atualmente, não vejo possibilidade de empreender divisões fundamentais onde quer que seja neste amplo domínio. Por outro lado, a tentativa pode muito bem ser a de caracterizar ainda mais precisamente subgrupos individuais quanto às suas*

peculiaridades clínicas (...). Embora o mesmo processo mórbido esteja na fundação de todas essas formas, elas são tão diferentes no comportamento clínico, no curso e no prognóstico, que se pode, talvez, falar de um grupo mórbido nascendo de uma raiz comum com transições graduais entre as formas individuais, de preferência a uma doença uniforme no sentido costumeiro da palavra. (Kraepelin, 1921:104)

Kraepelin opta por definir entidades mórbidas, caracterizadas por signos típicos, sendo a evolução determinante. Duas grandes doenças, a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce, dominavam, no seu entendimento, o campo psiquiátrico. À mesma época, Jaspers direciona-se para um pensamento que estabelece formas privilegiadas e hierarquizadas de reação, admitindo que o conjunto deste campo se constitui, não de doenças específicas, mas de síndromes. Esse debate encontra na publicação em 1911 do livro de Bleuler (1950) sobre "o grupo das esquizofrenias", um estímulo e uma complicação. Ao mesmo tempo em que questiona a existência da demência precoce, ao admitir uma pluralidade de estados que comporiam seu grupo das esquizofrenias, no plural, Bleuler concorda com uma raiz comum, unificante, radicada no processo orgânico que supostamente lhes forneceria a explicação causal, o que aliás é o mesmo raciocínio de Kraepelin no trecho citado.

...Ou uma Clínica Diferencial?

Mais do que eficácia terapêutica, a estratégia de se fazer um *continuum* no campo do padecimento depressivo viabiliza a exclusão da subjetividade de qualquer avaliação acerca do objeto em estudo, sendo o fármaco um instrumento para operacionalizá-la.[16] Conseqüentemente, todo o nosso trabalho será o de recolocá-la em questão. Para que essa possibilidade seja alcançada, procederei à crítica deste movimento, a qual caminhará, por um lado, junto de uma desconstrução da categoria diagnóstica depressão. Por outro, caminhará também no sentido de desestabilizar o ideal de felicidade *prêt-à-porter* vigente, pondo no seu lugar o sujeito desejante da psicanálise, e, portanto, confrontado ao imperativo ético de trabalhar psiquicamente para transformar o mal-estar que a sua divisão e a submissão ao significante impõem.

A especificação nosológica apontada deverá reconduzir as categorias freudianas e delimitar o que, dentro do campo do padecimento depressivo de um determinado sujeito, concerne a uma histeria de angústia, a uma

---

[16] Exclusão que fica suficientemente clara no refrão "a depressão é uma doença!" erigido a partir de então. Excluída a subjetividade é preciso ancorar a "doença" em algum lugar. Alguma surpresa em que para ela se encontre vaga no porto da genética? Vide Crow (1990).

neurastenia, a uma neurose obsessiva, à histeria, e o que propriamente diz respeito a uma depressão bem como aos fenômenos que são próximos a ela, a angústia, a inibição, a culpa, passo intermediário necessário ao propósito de indagar acerca da natureza específica do padecimento depressivo.

Para começar o caminho para o esclarecimento dessa questão, considere-se desde já que o uso de um termo comum – a depressão – gera uma indistinção que mascara as nuances existentes nos diversos modos de padecer um sentimento depressivo – tédio, cansaço, desconsolo, desesperança, abatimento, desalento, desânimo, desilusão –, favorecendo sua medicalização abusiva. De pronto, isso nos coloca diante de duas distinções que, não sendo observadas no seu devido rigor, favorecem que se perca o referencial. Refiro-me, para começar, à diferença que deve ser estabelecida entre queixa e sintoma. Essa simples distinção permite muitas vezes se esclarecer num caso singular o que diz respeito à estrutura do significante, o que implica o seu rechaço, esclarecimento essencial ao campo que nos interessa, como adiante veremos.

A experiência clínica evidencia que o que aparece na clínica contemporânea como se fosse o fenômeno depressivo surge mais freqüentemente com a feição de queixas de teor depressivos e não deveria ser rapidamente entendido como 'sintoma' depressivo, ou ainda como 'afeto' depressivo. O termo sintoma em psicanálise pressupõe um trabalho de metaforização que estes pacientes não demonstram, havendo, também, uma relação inversa entre essa metaforização e as queixas depressivas: quando a primeira aparece, as outras somem. A fala 'tenho uma depressão' (e falas correlatas) deve ser tomada como um apelo, uma demanda, que deve ser suportada pelo analista e remetida ao seu justo endereçamento. Como não é exatamente assim que ocorre no dia-a-dia, o que estou dizendo aponta para uma inconsistência na abordagem da questão, a qual pode ser verificada e demonstrada acompanhando-se a evolução dos diversos momentos epistemológicos que culminaram na formulação do conceito de depressão (evidentemente, numa síntese breve; meu interesse não é o de fazer a história da produção desse conceito).

Primeiro momento: dos gregos à velha clínica. A figura clínica da melancolia é inicialmente delineada. Na era pré-pineliana da psiquiatria, o quadro sindrômico formulado na tradição grega é enriquecido por numerosas descrições e encontra com grande prestígio seu lugar no contexto de uma teoria sobre a clínica. O quadro ao qual o termo melancolia faz alusão, no entanto, inclui nesta ocasião os tipos mais diversos de padecimentos, o que

significa dizer que sob o mesmo teto hospedam-se os mais heterogêneos distúrbios. Para que se possa dimensionar o alcance da indistinção a que nesta época se chegou no uso desta categoria, considere-se que um dicionário de psiquiatria do século XIX enumera 53 formas diferentes de melancolia.[17]

No começo do século XX, a psiquiatria kraepeliniana contribui para que essa figura diagnóstica reencontre a clínica. Neste momento são formuladas as categorias da psicose maníaco-depressiva e da melancolia involutiva, empreendimento a partir do qual ela encontra seu lugar específico no contexto da clínica psiquiátrica, detalhe que não é sem importância se considerarmos, inicialmente, que a visada freudiana sobre a melancolia em parte se apóia nas noções kraepelinianas, e, posteriormente, que a psiquiatria atual as joga por terra.

Inércia, Fadiga, Paralisação

Vimos que, ao tomar-se a queixa de um sentimento depressivo que um sujeito veicula como evidenciando uma depressão que ele padeceria, conclui-se de imediato pela existência de um trabalho do luto em andamento. Isso impede que se constate que mais comumente a queixa de depressão surge em sujeitos que tentam evitar um trabalho do luto por fazer, em vez de evidenciar sua execução. Esse ponto está relacionado ao segundo aspecto, concernente à especificidade do afeto depressivo e à distinção entre sintoma e fantasia, ou, mais particularmente, entre sintoma e gozo. O padecimento depressivo referido por esses pacientes assinala não uma formação sintomática ordenada pela via do trabalho do significante, mas uma recusa de metaforização. Evidenciam, assim, um trabalho paralisado. Essa evidência poderia ser tomada como negar-se a trabalhar, desde que se entendesse essa negação sem nenhuma conotação voluntarista ou psicológica. Isto é, não como recusa da pessoa em executar qualquer atividade, mas recusa em direcionar seu aparelho psíquico para a ação.

[17] Para que se possa evidenciar o polimorfismo das categorias que nessa ocasião regiam o ímpeto classificatório, as reproduzirei: melancolia afetiva, agitada, alcoólica, ânglica, a poto, atônita, autocórica, canina, cataléptica, crônica, complacente, convulsiva, delirante, ilusória, epileptiforme, erótica, errabunda, excitada, flatuosa, geral, homicida, hipocondríaca, histérica, malevolente, metamorfósea, misantrópica, moral, nérvea, da lactação, da gravidez, da puberdade, orgânica, passiva, periódica, perseguição, pleonética, puerperal, raciocinante, recorrente, religiosa, resistiva, saltans, senil, sexual, simples, simplex, sem delírio, estuporosa, suicida, simpatética, transitória, uterina, zoantrópica (Tuke, 1892:788).

Que fundamento tem essa hipótese, que pertinência tem tal suposição? Enquanto um *a priori* explicativo de uma conduta qualquer do paciente, nenhum, valendo apenas *a posteriori* e para um paciente específico, como de resto todo o saber produzido pela psicanálise. No entanto, uma vez que os casos se repetem e essa idéia demonstra ter uma eficácia explicativa, cabe indagar se um olhar informado por essas noções não permitiria melhor entender o que hoje aparece na clínica como as depressões em sujeitos com estruturas neuróticas. Permitiria ou não? É uma questão a ser verificada. De minha parte encontro que uma escuta informada por essas noções, e, portanto, mais apurada da queixa do paciente, permite esclarecer que o pedido que ele veicula é muito mais o de poupá-lo de um trabalho do luto por fazer que qualquer outro. Assim, para pensar sobre o tratamento do que na clínica se manifesta como depressão, considero fundamental perguntar sobre 'como' isso se manifesta e sobre 'o que' se busca com esse termo caracterizar. Isso implica, em primeiro lugar, desdobrar conceitualmente a diferença existente entre a queixa do paciente e o que se deve denominar de sintoma, indagação que remete à distinção fundamental estabelecida por Freud desde os seus primeiros textos[18] e mantida inalterada até o fim de sua obra entre afeto e sintoma. Essas distinções são preliminares necessárias para se evidenciar a importância nesta discussão das categorias teóricas de perda e de trabalho – trabalho do luto, trabalho de simbolização da perda.

A queixa leva o paciente a um profissional. Este pode ser qualquer um, eventualmente um analista; mas a queixa não leva o paciente à análise. O que pode levar o paciente à análise é o percurso por ele seguido a partir dos caminhos que o analista oferece ao que sua queixa veicula: uma demanda. Por isso são decisivas as possibilidades que se apresentam a partir da demanda inicial. Essa 'resposta' deveria poder propiciar um esclarecimento do que Lacan (1966a:66) chamou de "envelope formal do sintoma", o que não é muito simples no caso de pacientes deprimidos. Mais comumente, o que se encontra é uma queixa persistente, opaca, duradoura, intensa, de um sofrimento de natureza depressiva frente ao qual é preciso tempo. De pronto pouco há a fazer além da simples acolhida. Agora, se acreditarmos que o caso em questão se inscreva no grupo de pacientes cuja depressão revela uma recusa em trabalhar, teremos que pensar em formas de ir adiante. Isso significa dizer que o analista não se contente em acolher o mal-estar do sujeito, e, mais fundamentalmente, que não confunda queixa e sintoma, e também afeto e sintoma, o que aliás se configura como uma exigência permanente do tratamento.

[18] Vide por exemplo Freud (1894).

2

Melancolia e Depressão na Psicopatologia Clássica

Há uma certa tendência a resolver a questão nosológica da depressão colocando em campos opostos a melancolia e o que seriam as depressões em estruturas neuróticas. Uma outra forma, não menos rápida e cômoda de resolver esse problema, seria deixar de lado essa oposição e considerar a diferença entre os diversos padecimentos depressivos uma questão de graus de sofrimento ao longo de um *continuum*. Tanto uma quanto outra são largamente utilizadas, mas acredito que essas soluções fáceis, antes, criam problemas ao invés de resolvê-los. Pois, de fato, os meandros da questão clínica e nosológica do padecimento depressivo não estão resolvidos, e posicionarmo-nos como se o estivessem seria leviano. Assim, antes de qualquer escolha de ordem nosológica, devem-se reconhecer os problemas existentes na categorização clínica desses padecimentos, identificar os eixos organizadores da problemática, analisar os pontos de impasse em torno dos quais o clínico comumente se enreda, os dilemas que se busca não revelar. Por essa razão, não se pode resolvê-la tão rapidamente, até mesmo para verificar se é nela que reside o fundamental. Para avançar compassadamente, farei uma recapitulação histórica acerca do lugar e do estatuto clínico desta categoria diagnóstica na clínica psiquiátrica e psicanalítica, tarefa fundamental na medida em que um verdadeiro esclarecimento da questão da depressão não é factível se esquecermos que o que hoje assim se denomina seja apenas um momento de uma história que começa muito antes.

O Problema da Classificação do Padecimento Depressivo

Examinarei este tópico com base em dois ângulos distintos, tomando para minha abordagem os parâmetros semiológicos e clínicos tradicionalmente utilizados para este fim e os que podem ser obtidos nas classificações ditas oficiais,[19] confrontando-os com os problemas que a clínica levanta.

O que é a depressão? Quando empregado na sua forma adjetiva (deprimido, depressivo), o termo designa um estado afetivo por todos um dia experimentado. Quando, por outro lado, se diz que o paciente 'tem uma depressão' (substantivada), entificamos, damos entidade a esse fato – com o que A Depressão passa a vir grafada em maiúscula (embora nada impeça que ainda nos estejamos referindo ao estado anteriormente mencionado). Surgem, portanto, uma dificuldade e uma ambigüidade no uso do termo.

A clínica psiquiátrica as resolve postulando que a existência da depressão se dá seja sob a forma de 'sintoma' ou 'síndrome', seja sob a forma de 'doença', distinção apoiada num raciocínio clássico na medicina clínica. Na primeira, o afeto depressivo nada mais é do que um dos elementos sintomáticos manifestos pela doença ou estado subjacente, a qual pode ser qualquer uma, não necessariamente uma doença psiquiátrica. Sabe-se, por exemplo, como é comum no período inicial de uma patologia cancerosa, a ocorrência, como que anunciando o câncer, de um estado depressivo. Outras vezes, a depressão ocorre seguindo infecções graves ou outras doenças espoliativas (pneumonia, viroses), retardando e complicando a convalescença.

Considere-se ainda que não é incomum a ocorrência de estados viróticos subclínicos (diagnosticados laboratorialmente, por exemplo, através de acompanhamento do hemograma) que cursam com uma sintomatologia que se limita a um abatimento que os pacientes muitas vezes definem como de índole depressiva. Outras doenças, como hipotireoidismo, com regularidade apresentam manifestações depressivas no seu cortejo sintomático. O uso continuado de algumas drogas (o haloperidol, por exemplo) pode igualmente provocar irrupções depressivas. Numerosas doenças do sistema nervoso central são acompanhadas de sintomatologia

[19] Serão consideradas oficiais as tábuas classificatórias da Organização Mundial da Saúde (1993), atualmente na sua décima revisão, abreviadamente CID 10, e aquela elaborada pela iniciativa da American Psychiatric Association (1990), atualmente na sua quarta edição, abreviadamente DSM-IV.

depressiva de variadas intensidades e que são dificilmente diferenciáveis[20] em sua feição sintomatológica dos quadros de depressão que ocorrem sem que para isto exista razão de ordem orgânica. A depressão é freqüentemente o sinal inicial de uma psicose esquizofrênica ou de uma psicose orgânica (paralisia geral, tumor cerebral, aterosclerose), podendo também suceder a elas.

Concluindo, nessas ocorrências, a depressão vivenciada pelo paciente é tomada pela psiquiatria clínica clássica como um dos sintomas que a doença subjacente impõe no seu próprio cortejo sintomatológico (caso do hipotireoidismo), ou um efeito da toxemia ou da espoliação orgânica ou psíquica por ela produzida. Essas são, portanto, ocorrências depressivas 'secundárias'. Excetuados esses casos, tem-se o grupo das depressões 'primárias', cuja ocorrência, autóctone, é concebida como uma entidade patológica autônoma, que independeria de causas externas.

Essas distinções remetem a um debate clássico, que pode ajudar a esclarecê-las. Desde os seus primeiros momentos, na sua diferenciação com o que viria a ser o campo da neurologia, com Pinel e seguidores, a psiquiatria nascente tem que formular seu campo, e as primeiras tentativas empreendidas neste sentido abarcam o universo da loucura (na linguagem que hoje utilizamos, compreenderia o vasto campo das psicoses). Dentro deste, a psiquiatria emergente busca definir quais dentre os distúrbios aí incluídos são legitimamente psiquiátricos, e quais outros estariam mais bem situados em outras disciplinas. Esse esforço de delimitação induziu a que fossem excluídas do campo especificamente psiquiátrico todos aqueles problemas psíquicos observáveis no curso de certas doenças orgânicas, no qual o comprometimento das funções psíquicas não seria mais que sintomático. É exatamente o que Georget, discípulo de Pinel e Esquirol, estabelece em seu livro *De la Folie*, publicado pela primeira vez em 1820. Diz ele: "Este é precisamente um dos principais caracteres que distinguem os dois modos de afecção, que um seja direto e essencial, e o outro indireto e sintomático" (Georget, 1820). Excluídos os quadros sintomáticos, as patologias mentais restantes, quer dizer, aquelas 'idiopáticas' seriam, então, definidas como propriamente psiquiátricas.

Com base nesse tipo de consideração, levou-se ainda a diferenciar a depressão que ocorre como pura eventualidade subjetiva de resposta afetiva, da depressão doença, entidade patológica. Para a psiquiatria, a depressão

---

[20] No entendimento de autores de peso da melhor tradição psiquiátrica, Aubrey Lewis por exemplo. Vide Lewis (1934).

doença é uma essência, como afirma Georget, ela existe em si, sendo por esta razão considerada uma entidade mórbida (*ens* = ente), idéia que aproxima a psiquiatria na época do seu nascimento, de Paracelso (1599), que julgava a entidade como "a causa ou coisa que tem o poder de dirigir o corpo". O afeto depressivo experimentado pelo paciente deprimido é atribuído à depressão que ele apresenta. Embora os termos sejam os mesmos, e isso possa confundir o leitor, numa situação como esta, o termo depressão costuma vir grafado com o 'D' em maiúscula nos livros de textos da psiquiatria, talvez porque se pense que A Depressão, assim grafada, seja um nome próprio. Há um movimento na psiquiatria bioquímica de fazer deste nome próprio uma marca registrada, propriedade da indústria farmacêutica. A reviravolta produzida na clínica psiquiátrica a partir da introdução dos psicotrópicos na década de 50 é a fonte dessa pretensão.

Para englobar o conjunto dos padecimentos depressivos tal como visualizado pela psiquiatria clínica, considerem-se ainda as depressões que surgem não decorrentes de uma doença física que a traria como um dos elementos do seu quadro clínico, mas das contingências da vida, das quais a mais comum é uma perda do objeto de amor; ou a perda de uma posição ideal, por exemplo, a perda da saúde e a experiência da dor física, como ilustra o típico quadro retratado pela citação do poema de Busch feita por Freud no começo do segundo capítulo de seu *Para Introduzir o Narcisismo*. Aí, ele ensina a levar em conta que o simples fato de adoecer provoca no sujeito um retraimento libidinal que, em sua expressão fenomenológica, pode ser assimilado à depressão. A alma do poeta, consumida que está no enfrentamento da dor de dente, concentra-se no estreito orifício do molar; nessa hora, além de não poder criar, ele ainda aparece amuado, retraído, tristonho. Essa noção permite uma dupla vertente para abordar tais casos, considerando a depressão como um afeto (próximo à angústia) ou como uma síndrome (para a qual o campo psiquiátrico aplica a noção de 'reação'), e participa das ocorrências que temos que estudar, sendo um dos aspectos clínicos que emolduram sua complexidade. Para poder abrangê-la, recapitularei a inserção histórica que ele tem no campo do conhecimento psiquiátrico.

Surgimento do Conceito de Depressão em Psicopatologia

A depressão é incluída como categoria clínica a partir da primeira metade do século XIX, ao que tudo indica, por Falret (1864). Antes dessa data, o padecimento que se chama de depressivo era tematizado de outra forma e recebia outro nome. Elevar esse padecimento a uma categoria clínica

implica promover uma mudança radical no campo do entendimento clínico, o que pode ser feito, e, de tempos em tempos, algo desta ordem acontece. Sempre que isso ocorre, observa-se uma grande discussão teórica, doutrinária, que denota uma disputa de posições no campo científico; neste sentido, pode ser esclarecedor verificar que reconfigurações a introdução desse termo operou no campo psiquiátrico. Constataremos, então, que a categoria depressão, que a princípio nada tem a ver com a melancolia, vem se sobrepor à mais velha das doenças (e depois ocupar o lugar dela), primeiro degrau da escada que levará, cem anos depois, à construção de um paradigma ordenador do campo psiquiátrico que encontra nesta categoria seu eixo central.

O conceito de depressão, inicialmente, nada mais indica que uma queda de pressão ou deformidade de terreno, sentido que esta categoria oriunda da física, da geologia e no campo médico da neurologia, originalmente expressava, e que nestes contextos ainda expressa.[21] Na psiquiatria, esse conceito começa a ser usado nessa acepção mecanicista, energética, passando em seguida a expressar um estado de espírito ou um sentimento, caracterizado exatamente pela baixa, pela diminuição. Mas diminuição de quê? Digamos, provisoriamente, da vivacidade afetiva de quem o vivencia. Todo o problema reside em saber o que é que alimenta a vivacidade afetiva; de que fatores dependeria sua regulação.

A Melancolia na Tradição Grega

O quadro clínico ao qual o diagnóstico de melancolia faz alusão variou enormemente da época clássica até a nossa, particularmente a partir do fim do século XIX, depois da introdução do conceito de depressão, com a qual começou a ser confundido. A complexidade dessa questão leva a que a classificação nosológica desses fenômenos esteja sempre suscetível a modificações e revisões periódicas e parece inerente ao próprio campo que estudamos, podendo ser entrevista já nas mais antigas formulações sobre a melancolia, no *Corpus Hippocraticum*, por exemplo.[22]

---

[21] Fala-se de depressões num terreno, depressões no capitalismo, depressão das excitações nervosas etc. Há uma depressão na Etiópia que mantém uma grande região – o deserto de Danakil – a 130 metros abaixo do nível do mar.

[22] O acervo disponível na Internet acerca destas questões é fabuloso, e uma visita à página da Divisão de História da Medicina da National Library of Medicine pode propiciar todas as referências necessárias (*http://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/index.html*), inclusive uma exibição sobre medicina grega.

O entendimento clássico aborda a melancolia como dependente dos humores circulantes, que são quatro: o sangue, a pituíta, a bile amarela e a bile negra. Quando eles estão em equilíbrio, misturados na justa proporção, o corpo porta-se bem; quando desequilibrados, o corpo adoece. É a doutrina do Humorismo, exposta em *A Natureza do Homem*, livro atribuído a Polibo, genro de Hipócrates. A preponderância de bile negra circulante, ou melhor, a ação da bile negra sobre as faculdades racionais ocasionaria, de acordo com Galeno, a melancolia, o que, de forma direta e interessante, faz a etimologia encontrar profundas raízes na discussão filosófica sobre as bases corporais das afecções da alma. Aliás, só a partir de Descartes é que esse raciocínio pode ser estabelecido, uma vez que, para os antigos gregos, não há entre corpo e alma uma separação como estabelecida na filosofia cartesiana. A melancolia é então considerada um problema da bile negra, tal como a histeria é do útero, a hipocondria, dos vasos hepáticos, e assim por diante, não sendo nem mesmo correto dizer-se que desde o fígado ela afetaria a psique. Na Antigüidade grega não existe essa separação. As faculdades racionais do ser são afetadas pelo desequilíbrio humoral, o que se traduz clinicamente como melancolia, hipocondria, histeria e diversas outras afecções.

Em suma, a melancolia não é o resultado linear e direto da presença de bile negra no sangue, mas do seu excesso e do seu desequilíbrio frente aos outros humores. Reduzida à sua exata medida, é um dos ingredientes que constituem o estado de saúde, ensina Starobinski (1960): "A palavra melancolia designa um humor natural que pode ser patógeno. E a mesma palavra designa uma enfermidade mental causada pelo excesso ou desnaturalização deste humor, quando afeta principalmente a inteligência".[23] De qualquer modo, e para além da dificuldade semiológica que isso introduz, a Antigüidade foi capaz de traçar com linhas nítidas o quadro clínico do padecimento melancólico, que se revela, por exemplo, nas descrições feitas particularmente por Areteu e Galeno, que Pinel (1813:24) considera reveladoras do "profundo conhecimento" que os antigos puderam obter dessa doença. "A melancolia, diz Areteu, é uma afecção sem febre, na qual o espírito abatido está sempre com uma idéia fixa, insistentemente amarrado a ela" (Areteu da Capadócia, 1828 apud Starobinski, 1960:51).

[23] Atenção para o fato de que o humor de que aí se fala é a atrabílis, não um afeto ou uma disposição sentimental. Atenção também para o fato de que dois parágrafos adiante no meu texto o mesmo termo designará exatamente o inverso. Omito deliberadamente os desdobramentos que no campo da demonologia do século XVI dizem respeito ao tema. Existe enorme discussão a esse respeito, mas ela nos levaria para longe do campo clínico, ponto central do meu interesse. Uma abordagem clara e elegante acerca da questão pode ser encontrada em Trillat (1991).

O Quadro Clínico do Melancólico

Quais são os pontos básicos do quadro clínico aí traçado enquanto característico da síndrome melancólica? Abatimento do espírito e idéias fixas. O abatimento do espírito, ao mesmo tempo em que inflige ao sujeito um grande sofrimento moral, se traduz também numa série de ocorrências corpóreas, o que torna algumas funções corporais dificultadas. Já o conteúdo das idéias nas quais o doente se fixa revela que ele tece julgamentos sobre sua vida, seu corpo, sua saúde, sua família, sua honra, os mais improváveis, por vezes francamente absurdos, sempre com uma conotação de culpa, abandono, ruína.

Observe-se que esses são exatamente os mesmos pontos de que se serve a psiquiatria pós-kraepeliniana para compor o quadro do deprimido que será dito endógeno. No entanto, embora tenha sido uma tendência circunscrever nesse quadro a categoria nosológica da depressão endógena, a descrição da insanidade maníaco-depressiva feita por Kraepelin tem limites mais vastos, incluindo outros quadros clínicos, o que um anseio de categorização mais rigoroso (ou melhor, com fronteiras mais rigidamente estabelecidas, o que não necessariamente se acompanhará de rigor) certamente inseriria em outras referências diagnósticas. Para delimitar a feição que o problema posteriormente adquiriu, examinarei o que se produziu acerca do assunto nos decisivos anos que separam Pinel de Kraepelin.

Transformações da Melancolia na Primeira Metade do Século XIX

Na classificação nosológica que Pinel estabelece, distinguem-se quatro tipos de alienação mental. O primeiro, chamado 'mania', se caracteriza por um delírio geral sobre todos os objetos, sendo esta sua característica definidora: o fato de ser geral. O humor pode ser alegre ou triste. O segundo tipo, denominado 'delírio melancólico', consiste em um pequeno número de idéias fixas, dominantes, além das quais não parece haver outros comprometimentos. O que caracteriza a melancolia é este delírio parcial, não o humor, que, aliás, não é necessariamente triste.[24] A 'demência' e o 'idiotismo' correspondem ao terceiro e quarto grupos, respectivamente (Pinel, 1809). Esquirol, que sucede a Pinel, adota essa divisão nosológica com algumas modificações que incidem,

[24] "O caráter próprio da melancolia consiste em geral em uma lesão das funções intelectuais e afetivas; quer dizer que o melancólico é como possuído por uma idéia exclusiva ou uma série particular de idéias com uma paixão dominante e mais ou menos extrema, como um estado habitual de espanto, de profundos remorsos, uma aversão das mais fortes, ou bem o entusiasmo religioso, um amor dos mais apaixonados, uma alegria extravagante e radiante" (Pinel, 1813:97).

complicando e aperfeiçoando as distinções clínicas, exatamente neste ponto. É assim que o delírio melancólico, pela razão de nem sempre vir acompanhado de tristeza, passa a ser designado 'monomania', designação que privilegia as idéias fixas. Para os 'delírios tristes', Esquirol reserva o termo 'lipemania' (do grego *lype* = tristeza + mania), buscando afastar os resquícios da teoria humoral (Esquirol, 1838).[25] Embora esse termo não tenha alcançado sucesso na nomenclatura psiquiátrica, reveste-se de uma grande importância histórica por oferecer um campo teórico-clínico que legitima a ocorrência de paixões tristes, abrindo caminho para a concepção de depressão tal como o século XX irá conhecer. Excetuados esses aspectos, as concepções de Pinel referentes à distinção delírio parcial, delírio geral são mantidas por Esquirol.

Não se deve pensar que a mania e a melancolia de que falam Pinel e Esquirol sejam as mesmas que aparecem modernamente, o que, no entanto, é comum na psiquiatria norte-americana (Jackson, 1986). Na classificação de Pinel, o que está em jogo não são entidades mórbidas, mas grupamentos sintomáticos formando síndromes clínicas reconhecíveis e diferenciáveis umas das outras, e, portanto, classificáveis. A contraposição melancolia/mania como entidades mórbidas ligadas entre si, embora já tivesse sido explicitamente referida por Thomas Willis (1622-1670),[26] teve que aguardar Baillarger, Falret e Kraepelin para ser estabelecida, o que parece ter sido feito de forma independente por esses autores, embora se admita que Falret tenha certa precedência. Aqui não interessa discutir a paternidade dessa idéia; apenas tornar claro o sentido que tinha nesse momento inaugural o que nos preocupa. Observe-se que reconhecer a alternância existente entre a síndrome maníaca e a melancólica não é o mesmo que fazer disso uma entidade clínica. Essa

---

[25] Starobinski (1960:51) afirma ser a introdução do termo lipemania uma tentativa por parte de Esquirol "de desterrar a mais mínima reminiscência" da teoria humoral.

[26] Apud Tuke (1892) A perspicácia desta observação justifica, considerada a época em que foi realizada, sua citação por extenso: "Esta alternância entre mania e melancolia tem sido observada em certos pacientes por um longo tempo, mas temos que admitir que antes de Baillarger e Falret (pai) nenhum médico viu neste fato um tipo mórbido distinto e claramente definido. Nos trabalhos do celebrado médico inglês Thomas Willis descobrimos a seguinte passagem sobre as relações da melancolia com a mania: 'após a melancolia temos que tratar da mania, que tem tantas relações com a primeira, que as duas desordens freqüentemente seguem uma à outra, a primeira transformando-se na segunda, e inversamente. A diátese melancólica, sem dúvida, levada ao seu mais alto grau causa furor, excitação, e estas mudanças freqüentemente transformando-se na melancolia (diátese atrabiliar). Estas duas desordens, como fogo e fumaça, freqüentemente mascaram e substituem uma à outra. E se podemos dizer que na melancolia o cérebro e o espírito animal são obscurecidos pela negra escuridão, a mania pode ser comparada a um grande fogo destinado a dispersá-lo e a iluminá-lo'".

alternância é reconhecida desde a Antiga Grécia,[27] mas antes de Baillarger e Falret não se via nesse fato "um tipo mórbido distinto e claramente definido", como diz Ritti,[28] mas apenas uma transformação da mania em melancolia e vice-versa. O importante é demarcar essas diferenças e evidenciar que somente a partir daí o termo melancolia passa a designar o aspecto depressivo da loucura circular. Do mesmo modo, é importante assinalar o momento histórico e epistemológico ao qual cada uma dessas concepções se refere, mais do que destacar sua pura e simples localização cronológica ou historiográfica. Quando, na época clássica, se fala de doenças mentais, o que assim se designa não é um domínio das perturbações psicológicas tal como no começo do século XX se as entenderá, como campo oposto ao da patologia orgânica. Daí que a melancolia seja um problema humoral, biliar, e, se nela há algum acometimento do campo psíquico, este é secundário a essa perturbação e determinado por ela. Mas essa não é uma via de mão única, onde essa instância deteria o poder de causalidade sobre o campo psicológico, mas é concebida como uma causalidade recíproca, as paixões despertando humores que, por sua vez, agitam as paixões.[29] A seguinte observação, feita por Paul Bercherie num livro fundamental, situa adequadamente o problema:

> *Assinalemos desde já o profundo erro que constituiria qualquer tentativa de identificar essas categorias, puramente sintomáticas, com nossas entidades atuais. Os termos, que sobreviveram, poderiam facilmente induzir ao erro, e ainda vemos relatos segundo os quais Pinel teria descrito a melancolia ou a mania, mas não teria isolado a paranóia ou teria confundido a esquizofrenia com a idiotia. Pinel naturalmente viu tudo, mas não com o nosso olhar; sua nosologia visou a criar grandes classes fenomenais e comportamentais, convencido que ele estava de que essas grandes divisões abarcavam algo da essência do real. Pensamos com categorias muito diferentes (...).* (Bercherie, 1980:37, grifos do original)

O olhar de Pinel está informado por categorias que antecedem o nascimento da anatomoclínica; o dos que lhe sucederam depende quase que inteiramente

---

[27] Diz Feré (1892:352): "Que a mania e a melancolia tenham uma essência comum, que a melancolia seja o começo ou uma simples modificação da mania, que os dois problemas possam se suceder e se substituir, se interromper mutuamente, é um fato reconhecido depois de Areteu por um grande número de autores".

[28] No seu comentário sobre a Insanidade Circular no Dicionário de Tuke (1892:227), verbete *Circular Insanity*.

[29] Michel Foucault é a referência básica, obrigatória, para tudo o que diz respeito a esta questão. Sua *História da Loucura* continua imbatível. Para uma citação precisa a esse respeito, vide Foucault (1978:226 nota 40, e também 1978).

dela. Para o que me interessa discutir, de qualquer maneira, privilegiarei a elucidação que Kraepelin estabeleceu, porque é a partir dela que Freud fala.[30]

O Deprimido Kraepeliniano e o Melancólico Grego

A estrita coincidência entre o quadro delimitado na descrição da melancolia feita na Antigüidade e o que é formulado por Kraepelin a partir de 1896 (e de maneira definitiva em 1921) como típico da depressão que aparece na sua 'insanidade maníaco-depressiva' é chamativa e convida ao raciocínio a seguir.

Suponhamos – temos elementos históricos, clínicos e semiológicos suficientes para isso – que este quadro, o dito deprimido endógeno na sua mais pura forma, corresponda ao que se poderia definir como uma verdadeira melancolia. Essa seria uma psicose afetiva pura, que se deve ter em mente para fins de raciocínio, mesmo que não seja comumente encontrada como tal na clínica. Devemos considerar que não se esperou Kraepelin para circunscrever-se essa forma clínica, perfeitamente delimitada já na metade do século XIX. A melancolia é aí caracterizada como um distúrbio que encontra no sentimento de miséria psíquica seu argumento axial, e na síndrome composta por inibição e lentificação geral de diversos processos orgânicos (nutrição, digestão, circulação), bem como do comportamento do paciente (retardo psicomotor), sua caracterização básica. Como define o verbete que a ele corresponde no *Dicionário* de Tuke, "é um distúrbio caracterizado por um sentimento de miséria o qual está em excesso do que é justificado pelas circunstâncias nas quais o indivíduo está colocado". Em seguida, indireta e involuntariamente corroborando o raciocínio que estou sugerindo, seu autor diz: "Na verdadeira melancolia – isto é, nos casos em que não há meramente uma expressão, mas uma real experiência de miséria..." (Tuke, 1892).

A idéia de uma 'verdadeira melancolia' mereceu atenção de Graebner, que, no século XVIII, ao tema dedicou um opúsculo (Graebner, 1743 apud Starobinski, 1960),[31] e já aparece nesta citação de Areteu, perfeitamente adaptável ao nosso tempo e aos problemas que o enfrentamento clínico desses distúrbios apresenta:

> *Conta-se que um indivíduo, que parecia acometido por uma enfermidade incurável, havendo se enamorado de uma jovem, foi curado pelo amor, o que não haviam podido fazer os médicos. Tenho para mim que esse enfermo, antes, havia estado muito enamorado*

[30] Sobre a passagem da protoclínica à anatomoclínica, vide Foucault (1977).

[31] Observe-se que esse mesmo problema ocorre em diversos outros campos da discussão clínica, por exemplo, no da psicose esquizofrênica, onde se é confrontado com a tarefa de distinguir uma verdadeira esquizofrenia de uma psicose dita esquizofreniforme. Trata-se de uma questão que concerne à base metodológica e conceitual que informa o diagnóstico psiquiátrico.

dessa mocinha, mas, não logrando seu amor, se havia tornado taciturno, triste, sombrio, e seus concidadãos, que desconheciam a causa do mal, o acreditaram enfermo de melancolia; mas logo, ao ter mais êxito e poder gozar do objeto amado, tornou-se menos sombrio e menos atrabiliário, a felicidade dissipou como por ensalmo essa aparência de melancolia; e, somente desde este ponto de vista, o amor havia curado a enfermidade e vencido a melancolia. (Areteu da Capadócia, 1828 apud Starobinski, 1960:24)[32]

Excetuadas as desditas amorosas e restringindo o raciocínio aos casos de melancolia verdadeira, temos que perguntar: o que produz esta doença? Kraepelin julgava que sua essência residiria num dano orgânico, o termo endógeno buscava, também, apontar para este fator interno não precisamente definido, que Kraepelin radicava no corpo. Essa idéia fez sucesso, de tal modo que, regularmente, presume-se existir no deprimido endógeno uma etiologia biológica, e a partir do fim dos anos 50 do século XX, essa suposição torna-se largamente disseminada. A psiquiatria atual toma-a como evidência, em geral a isso se autorizando na interferência produzida por um fármaco sobre o quadro clínico de um determinado paciente. Freqüentemente se invoca a autoridade de Kraepelin para legitimar a determinação orgânica do padecimento depressivo, mas o mesmo raciocínio poderia permitir uma conclusão inversa, e muitos pesquisadores a empreendem.[33]

Uma hipótese é tão legítima quanto a outra, pelo menos a princípio, dado que se apóiam sobre as mesmas bases. Suposição por suposição, o direito de ambos é igual.

Que razões são invocadas para sustentar tais suposições quando está em questão um caso específico? Elas se escoram em dois pilares: o método clínico, que verifica existir em diferenças perceptíveis entre uma vera melancolia e outros padecimentos eventualmente similares em sua feição fenomênica, e o método químico, seja pela verificação do efeito de medicamentos sobre esses quadros, seja pela tentativa de detecção, no sangue ou na urina, de alterações bioquímicas que serviriam para caracterizar esses pacientes.[34]

---

[32] Esta mesma questão aparece numa observação publicada na *Gazette Salutaire* de 17 de março de 1763: "Um soldado tornou-se melancólico em virtude da recusa manifestada pelos pais da moça de quem gostava muito. Conduzia-se como um sonhador, queixava-se de uma forte dor de cabeça e de um peso contínuo nessa parte. Emagreceu a olhos vistos; seu rosto empalideceu ....". Apud Foucault (1978:268, nota 38). Mas a melhor referência clássica sobre a melancolia produzida a partir das vicissitudes da vida amorosa é, sem dúvida, Ferrand (1623).

[33] Por exemplo, Fédida (1990:599) no verbete Depressão.

[34] São também utilizados testes psicológicos (Rorschach, TAT, MMPI) ou entrevistas estruturadas e *rating-scales* para definir-se como depressivo um determinado paciente, mas dado que esses métodos não possuem especificidade nem confiabilidade para se sustentarem por si sós, considerarei que eles ficam incluídos dentro do campo clínico (ou químico) que lhes dá suporte.

O método clínico é claramente insuficiente. Basta ver que os casos que Freud descreve em *Luto e Melancolia* também parecem compatíveis com uma melancolia verdadeira, e ele sublinha que são psicogênicos. O próprio Kraepelin, ciente dessas dificuldades, as encara de forma sensata:

> *(...) um estado de depressão pode ... ser também de origem psicogênica ou aterosclerótica, e pode além disso representar a introdução a uma das psicoses paranóicas ou ansiosas dos anos de involução, tão pouco entendidas até o momento. Embora tenhamos bases para assumir que a composição do quadro clínico em todos estes casos mostrará certas diferenças é até agora todavia freqüente que raramente seja possível chegar a uma conclusão confiável a partir do estado psíquico apenas.* (Kraepelin, 1921:94)

Por um lado, foi o encontro com esse tipo de dificuldade, cotidiana na tarefa clínica, que obrigou a psiquiatria a caminhar no sentido da dissolução da noção de entidades mórbidas, forçando ao descenso da psiquiatria da observação que vigorou até essa época.

Por outro, dizer que a eficácia de um determinado tratamento permitiria esse esclarecimento também não é seguro. Há tantos casos tratados com sucesso pela psicanálise quanto por fármacos. A existência de remissão espontânea não deve fascinar (Kaplan & Sadock, 1999). As provas bioquímicas, por sua vez, são incertas. Algumas parecem apontar para uma direção que pode se mostrar fecunda; outras se destinam a satisfazer um anseio de que se chegue a comprovar um dano orgânico para o problema, mais do que a uma efetiva comprovação. Uma noção clínica que ganhou prestígio e caminhou a passos largos na direção de uma constatação fortalecedora do paradigma biológico foi a distinção proposta por Leonhard (1959) entre depressões 'unipolares' – pacientes que apresentam apenas episódios depressivos – e 'bipolares' – que apresentam episódios de depressão e de mania, ou apenas mania. Nos últimos 30 anos coletaram argumentos favoráveis a essa distinção, muito importantes na medida em que apontariam para uma resposta diferencial à terapêutica existente entre essas diferentes classes de pacientes. Tais argumentos, no entanto, vêm sendo questionados de modo firme e consistente.[35]

Independentemente desses questionamentos, o fato é que o campo da indagação psiquiátrica tem aparentemente conseguido circunscrever a melancolia kraepeliniana – sucessivamente redefinida como psicose maníaco-

---

[25] Vide Blacker & Tsuang (1992).

depressiva, depressão endógena, depressão maior, depressão unipolar ou bipolar – num espaço de investigação que praticamente se restringe à biologia. E que não inclui apenas a verdadeira melancolia, aqui está o pulo do gato. Parte-se dela, da doença afetiva endógena recorrente, para evidenciar sua suposta base orgânica, sua origem genética..., e em seguida universalizam-se as conclusões obtidas – uma conclusão de conjunto a partir de resultados parciais, como dizia Gladys Swain no texto antes mencionado. É assim que, partindo-se da clássica definição de insanidade maníaco-depressiva, se chega a desconsiderar qualquer diferença entre depressão endógena e neurótica, e mesmo entre depressões de qualquer espécie, a partir de então englobadas sob a designação abrangente de um "espectro das doenças afetivas",[36] tudo na busca da "base neurológica" da doença e em prol da felicidade. Há aí um movimento que pode ser delineado como indo da clínica à química, movimento que não é naturalmente decorrente do avanço na elucidação da verdade dessas ocorrências clínicas, como uma leitura ideológica ou apressada seria levada a formular, mas produzido com base em certas reversões conceituais em que a transformação da figura nosológica da depressão ocupa lugar de destaque. Desse modo, partindo-se da figura clássica da melancolia, pode-se ver a introdução do diagnóstico de depressão operando essa reversão e permitindo a construção da 'razão depressiva', princípio explicativo que passa a vigorar desde meados da década de 60 no campo psicopatológico, tornando-se a base metodológica para a pesquisa psiquiátrica dos últimos 30 anos. Nada poderia exemplificar mais claramente o que tento dizer do que este trecho:

> *Nenhum destes sintomas parece ser depressivo, superficialmente, mas, uma vez que ocorrem em circunstâncias psicológicas capazes de induzir depressão (como a perda de alguém querido) e, às vezes, respondem ao tratamento com medicação antidepressiva, ou à terapia eletroconvulsiva, são considerados equivalentes depressivos. Devido ao fato de as evidências de pesquisa indicarem que a medicação antidepressiva não melhora o humor de pessoas normais que não estão clinicamente deprimidas, os psiquiatras inferem que pessoas doentes, sem sintomas depressivos, mas que ainda assim reagem ao medicamento antidepressivo, sofrem de alguma anormalidade fisiológica, como acontece com os mais tipicamente deprimidos.* (Klein & Wender, 1987:66)

Examinarei agora como a noção da depressão endógena é gradativamente turvada por uma discussão que neutraliza a fronteira entre o que seria uma diferença neurótico-psicótico no campo do padecimento depressivo, discussão

[36] Ver Kendell (1969). Ver, ainda, Winokur et al. (1975), que propõe a oposição DSD *versus* PDD como uma tipologia que, baseada em diferenças na incidência familiar e no tipo clínico, como uma tipologia alternativa à oposição endógeno-reativo e à dicotomia neurótica-psicótica (Hudson & Pope, 1990).

na qual o fármaco tem papel primordial. Não há como esclarecer esse processo sem observar a ligação existente entre a idéia de síndrome depressiva que então é erigida, com o fármaco, ele próprio atuando como determinante no estabelecimento das síndromes. Graças às modificações conceituais a partir daí empreendidas, a indústria farmacêutica consegue universalizar o uso desses medicamentos. Vejamos como isso se estabelece.

O estudo do fenômeno depressivo encontra, na primeira metade do século XX, os mesmos problemas metodológicos com os quais se debate a psiquiatria no fim do século XIX: a insuficiência do método clínico, a falta de parâmetros seguros para se definir um tratamento, a indefinição dos critérios acerca da evolução. É diante desse horizonte que se pode entender a importância que adquiriu o fato novo surgido a partir dos anos 50, o advento dos medicamentos psicotrópicos, em particular da classe agrupada sob a denominação geral de 'antidepressivos'. Admite-se que eles contribuíram enormemente para esse estudo. Pouco é dito, no entanto, acerca das modificações que sua introdução produziu no campo clínico, e de sua influência decisiva para a mudança operada na classificação do padecimento depressivo (e, portanto, no modo de operar médico-psiquiátrico sobre a questão), com resultados que não são isentos de crítica. Há todo um complexo problema metodológico e epistemológico envolvido na avaliação que pode ser feita a partir destes estudos, o que freqüentemente não é considerado.

O fármaco passa a ser o eixo diretor dos argumentos, estando a clínica submissa a sua ação. É interessante constatar que conclusões diametralmente opostas coexistem. De um lado, autores que, priorizando as distinções clínicas, afirmam haver, entre os diversos estados depressivos, 'diferenças notáveis em suas respostas aos tratamentos'. É o caso de Ey, por exemplo, que encontra no fármaco um aliado para seu raciocínio clínico, o que o leva a citar Hipócrates: "O tratamento é em definitivo o que revela a natureza da enfermidade", e a declarar serem as terapêuticas antidepressivas as que mais contribuem para a revisão nosográfica das depressões (Brisset, Bernard & Ey, 1969:39). A partir do efeito produzido pelo fármaco, faz-se no tratado de Ey um raciocínio diferencial. Na base deste está a idéia de que o tratamento incidiria sobre o que seria a essência da doença. Trata-se de uma suposição que se alastrou nos anos 60 e 70, fomentada tanto pelos pesquisadores da psiquiatria biológica quanto pela indústria farmacêutica: o fármaco atua sobre a base do processo sendo esta a razão de sua eficácia.

Essa suposição opera como motor do raciocínio que então se estabelece, sendo, portanto, definidora das conclusões que a partir dele se obtém. Vejam-na operando nesta citação (que curiosamente extrai dos mesmos pressupostos conclusões que caminham na direção inversa ao que afirmava Ey no texto antes citado): “As depressões neuróticas, de suma importância na prática clínica de nossos dias, são muito mais comuns que as formas atenuadas da psicose maníaco-depressiva. A resposta rápida desses estados aos antidepressivos modernos é semelhante à observada na depressão endógena” (Mayer-Gross, Slater & Roth, 1972:199). O que diz o raciocínio aí empreendido? Em primeiro lugar, ele se ampara na distinção entre dois tipos de depressões, que seriam as depressões neuróticas e as formas atenuadas da psicose maníaco-depressiva. Impõe-se, portanto, perguntar: o que esses autores consideram ser ‘as depressões neuróticas’? Adiante examinarei especificamente essa noção, mas desde já alerto o leitor de que não se surpreenda ao constatar que, em sua grande maioria, são enquadrados nesta categoria exatamente os pacientes queixosos de depressão, tal e qual estudamos anteriormente. Esses quadros seriam mais comuns que as formas leves de psicose maníaco-depressiva, afirma-se em seguida. Evidentemente, existe mais queixa de depressão do que depressão propriamente dita, o que não é difícil de entender. Esses pacientes responderiam aos medicamentos antidepressivos como os verdadeiros melancólicos.

Tal posicionamento culmina por desconsiderar a distinção entre luto, luto patológico e melancolia, base das considerações freudianas, primeiro momento da estratégia que termina prescrevendo tratamento químico para todos. Com base na homogeneização que daí resulta, seus autores não hesitam em “inferir deste fato a existência de um substrato metabólico ou endógeno inerente, o que nos leva a classificá-los no grupo das psicoses maníaco-depressivas” (Mayer-Gross, Slater & Roth, 1972:199). Essa inferência, até aqui pura suposição, foi elevada à categoria de evidência, traduzindo-se no campo não acadêmico da discussão psiquiátrica no refrão ‘a depressão é uma doença!’, a partir do que se universaliza a medicamentação desses pacientes. Mas como os autores citados não desconhecem as peculiaridades da prática clínica, acrescentam que “no tratamento a longo prazo a resposta difere nitidamente da das depressões endógenas, o mesmo acontecendo com seu quadro clínico” (Mayer-Gross, Slater & Roth, 1972:199), embora não extraiam conseqüências desta afirmação. Limitam-se a advogar pela reformulação do conceito de psicose maníaco-depressiva “com a ajuda de técnicas clínicas sistemáticas e da estatística moderna” (Mayer-Gross, Slater & Roth, 1972:199). De minha parte, acredito que, na

medida em que o medicamento responde apenas de forma colateral e não específica à demanda que veicula a queixa do paciente, não é de espantar que seu potencial terapêutico se esgote num curto tempo, o que joga por terra o argumento acerca da especificidade do fármaco nesta ação (e a experiência clínica abundantemente comprova). Em contrapartida, quem estiver interessado em obter ilustrações de abruptas eficácias terapêuticas pode se remeter à história dos tratamentos da neurose nos séculos XVIII e XIX, onde numerosos exemplos serão encontrados.

Agora, considerando que o texto aqui comentado foi escrito no começo dos anos 60 e que nestes quase quarenta anos o que os autores advogavam foi realizado com grande afinco pela psiquiatria, talvez tenhamos hoje condições de olhar criticamente para esse processo de biologização da depressão. Tal estudo me levará a destacar os diferentes universos conceituais que orientam o uso (e, conseqüentemente, o sentido) dos termos em questão, o que permitirá avançar em direção ao seu esclarecimento clínico e nosológico.

Observe-se que as afirmações de Mayer-Gross vão ao mesmo tempo na mesma direção e na direção oposta às de Henri Ey no texto antes citado.[37] Este não encontra a mesma resposta positiva que Mayer-Gross. Ou seja, há uma diferença no que cada um obtém dos mesmos fármacos. Para um, a eficácia do medicamento é verificável tanto no deprimido endógeno quanto nos casos de depressão neurótica. Para o outro, a resposta de um desses quadros é evidente (ele se refere ao deprimido kraepeliniano verdadeiro), e 'notavelmente diferente' da encontrada no neurótico deprimido.[38] No entanto, ambos admitem que o tratamento incidiria sobre a essência natural da enfermidade, e, em coerência com o efeito divergente que obtiveram, um supõe a existência de um fundamento único para ambos os quadros, enquanto que o outro acredita que são quadros clínicos que têm bases distintas.

A citação de Henri Ey é datada de 1967. Depois disso, também a ejaculação precoce, a enurese noturna, a síndrome pré-menstrual, as fobias sociais, os distúrbios obsessivo-compulsivos, a síndrome do pânico, a bulimia e outros

---

[27] Centenas de referências poderiam ser aqui citadas para conferir consistência acadêmica a este argumento. Se optei por me limitar a dois tratados de psiquiatria clínica, um inglês e outro francês, não foi por medida de economia, mas como homenagem ao papel formativo dessas obras no contexto psiquiátrico dos anos 70-80, a sua tradição e consistência.

[28] "Mas é a reação às terapêuticas antidepressivas o que está geralmente considerado como o teste determinante que permite afirmar a independência da depressão neurótica e da depressão melancólica endógena. Em suma, as depressões neuróticas reagem menos bem – e às vezes não de todo – aos tratamentos de choque e aos antidepressivos, (...)" (Brisset, Bernard & Ey, 1969:252).

problemas clínicos (neuropatias diversas, por exemplo) passaram a ser 'curados' com antidepressivos. Com a estratégia assim definida, formulou-se a noção de 'depressão mascarada', e toda a sistemática classificatória dos distúrbios psiquiátricos foi remodelada. Esse processo dá origem a uma classificação para fins de pesquisa, e que, portanto, tinha seu alcance limitado a um universo restrito (Feighner et al., 1972),[39] a qual encontra considerável apoio, particularmente na psiquiatria norte-americana, que, por nunca ter tido uma tradição clínica consistente, fica sem ter como fazer uma contenção frente a essas transformações, ganhando, no fim dos anos 70, respaldo oficial e passando a abarcar todo o campo clínico ao subsidiar a logística desde a qual foi elaborada uma nova sistemática de classificação dos transtornos psiquiátricos,[40] o que inaugura no campo nosográfico um fenômeno cujas conseqüências, tanto benéficas quanto nocivas, devem ser examinadas minuciosamente.

O argumento teórico produzido com base em experiências com drogas é metodológica e epistemologicamente muito complexo. Isso pode ser verificado recordando que o haloperidol e a clorpromazina apenas acidentalmente foram definidos como neurolépticos. Até então, nada mais eram que derivados de uma planta, a *Rauwolfia serpentina*, que se descobriu possuir propriedades anti-hipertensivas, e de um medicamento anti-histamínico, a prometazina. Essa eventualidade, que não representa um problema, revelando apenas a interferência do acaso na ciência, permitiu que se descobrisse a ação neuroplégica, posteriormente chamada neuroléptica (Poldinger, 1968:22). Mas a partir dela poderemos discernir um equívoco existente nesta discussão, que, por não ser claramente formulado, produz importantes desdobramentos. Por se tratar de um neuroléptico, o haloperidol começou a ser usado no campo psiquiátrico, e pôde-se verificar a competência de seu efeito neutralizador sobre as alucinações e alguns delírios, e no controle da agitação psicomotora. A problemática tem início nos anos 70, quando ganham nova definição, passando a ser designados antipsicóticos. Diante disso, impõe-se a pergunta: esse efeito é suficiente para que tal designação seja atribuída? Não seria preciso mais? O que esse efeito ensina sobre a psicose? O mesmo argumento pode ser transposto *ipsis litteris* para os antidepressivos.

O fato de uma determinada síndrome clínica melhorar com o uso de drogas atualmente rotuladas antidepressivas não revela que sua natureza

---

[29] Vide também Spitzer, Endicott & Robins (1978).

[40] Vide o *DSM-III – Diagnostic and Statistical Manual, Third Edition*, produzido pela Associação Psiquiátrica Americana (1990).

seja da ordem do que psicopatologicamente se define como depressão. Para a psiquiatria bioquímica, na medida em que se subordina ao experimento medicamentoso, oportunisticamente homologado como retrato fiel do fenômeno biológico suposto ser sua base, isso poderia ter legitimidade, mas visto que a ação do medicamento é, ela própria, uma incógnita, não se deve ser muito afoito em reconhecê-lo. Melhor seria não ter que lembrar a talidomida, a metaqualona e tantas outras substâncias consideradas eficazes e específicas, além de seguras, até os danos por elas provocados tornarem-se conhecidos. No horizonte dessa discussão, existe uma marca lingüística que não se pode desconhecer: a de que hoje o significante depressão, em parceria com o significante antidepressivo, faz sucesso. Sublinhe-se o termo 'hoje'. Ele pode ajudar a que se abra uma possibilidade de entender que, mais do que a qualquer variável bioquímica, o sucesso dessa dupla se deve à peculiaridade que assumiu na nossa época o mal-estar na cultura, e a uma marca significante que caiu no gosto de certa parcela do público.

A psicanálise, por sua vez, estando livre desse atrelamento, pode considerar tais fenômenos desde outras perspectivas, que adiante examinarei. O importante agora é perceber essa subordinação atuando. Pois é ela que age no subterrâneo de numerosas formulações encontradas em textos psiquiátricos, e inclusive em textos psicanalíticos, da atualidade. Evidentemente, isso que estou considerando – a subordinação de um discurso a uma posição ideológica – aparece nesta discussão em sua forma invertida, como se fosse uma posição de soberania científica. Mas não apenas isso. Os valores de objetividade, isenção e neutralidade que a ciência carreia são dinamizados e elevados a uma grandeza extraordinária com a suposição da especificidade do fármaco na produção de seu efeito. É o que almeja este autor:

> *A questão é: por que todos esses agentes extremamente potentes não fazem praticamente nada em seres humanos normais? Se você dá lítio, inibidores da MAO, tricíclicos, para um humano normal, praticamente nada acontece, exceto sedação. Você pode estar afetando todos estes mecanismos bioquímicos e fisiológicos exatamente do mesmo modo que nas pessoas deprimidas, mas eles produzem muito poucas mudanças.* [41]

Ou seja, o medicamento viria em resposta ao que exatamente falta ao paciente. E o que lhe falta? Essa questão delimita o lugar onde se situa a discussão sobre a causa da depressão, a qual se vale de alguns conceitos que agora poderão ser mais bem examinados, por exemplo a noção de

[41] Klein. Comentário feito durante a discussão do trabalho apresentado por Mendels, Stern & Frazer (1976:63).

endogenicidade anteriormente mencionada. Seu exame permitirá obter elementos para entender momentos diversos na formulação psiquiátrica dos transtornos depressivos, e preparará o terreno para a crítica de sua utilização na atualidade da discussão psicofarmacológica. Desde já, antecipo que no horizonte desta discussão se inscreve a noção de uma lesão bioquímica: se algo falta no paciente, quer dizer que disso ele estaria lesado. Em suplência a essa lesão, o fármaco agiria. Não é mais o excedente de atrabílis que deve ser removido, princípio terapêutico que vigorou durante alguns séculos. Agora, cabe repor o que falta. E o que é que falta? O que o fármaco oferece! É o princípio da razão depressiva em ação.

Observe-se que essa questão converge para o que antes foi falado em termos do estabelecimento de um *continuum* do padecimento depressivo. Esse *continuum*, que se resumia a uma noção clínica, um *continuum* de formas clínicas, encontra ancoragem etiológica ao ser pensado como tendo um fundamento causal comum. Desse modo, uma noção clínica adquire dimensão etiológica, sendo elevada à dignidade de um princípio metodológico. Conseqüentemente, explica-se o *continuum* a partir desse fundamento. Isso autoriza a que se faça do conhecimento clínico do campo da depressão uma leitura espectral supostamente capaz de apreender os diversos momentos dessas ocorrências, reduzindo-as ao seu fundamento (e tratamento) comum. Juntando-se a uma e outra, pode-se concluir que o *continuum* é construído tendo a suposição de uma natureza biológica desses distúrbios na sua base, e a constatação de eficácia de uma determinada droga como avalista da veracidade da suposição erigida, alçada desde então à condição de paradigma da psiquiatria biológica, aqui designado 'princípio da razão depressiva'.

Esse sonho triunfante e magnânimo – de responder com especificidade científica e precisão laboratorial ao que faltaria aos pacientes – alimenta um mundo de pesquisas, mas a dita lesão bioquímica não mostra sua face, senão na ficção farmacológica. Considerarei que essa figura conceitual, mais do que relacionada a uma lesão do paciente, é uma metáfora por cuja autoria quem poderia responder é seu autor, o farmacologista ou o bioquímico. Na clínica, não é essa a questão. Sem dúvida, ao deprimido falta algo; se tivermos como pensar esta falta de modo outro, poderemos entender que a droga supre o sujeito independentemente e para além da ação fisiológica da substância que veicula, por exemplo, ocupando o lugar do objeto que lhe falta. O fármaco é uma metáfora dessa falta. Com apoio nesse esclarecimento, é impressionante constatar quão justo e apropriado se mostra o comentário que Starobinski endereça aos remanescentes da teoria atrabiliária: "A atrabílis

é uma metáfora que se desconhece a si mesma e que quer impor-se como um fruto da experiência" (1960:45). Esse é o ponto ao qual chegarei na seqüência deste raciocínio. Antes, porém, estudarei como a tradição psiquiátrica se enfrentou com esse enigma e com os problemas que seu estudo levanta.

Recapitulando o caminho até aqui. Mais que fazer um rastreamento histórico das idéias psiquiátricas acerca da depressão, o que me interessou foi, em primeiro lugar, destacar a circunscrição de uma síndrome clínica que desde a Antigüidade irá caracterizar a melancolia. Isso introduziu um marco de referência clínico necessário para alcançar as diferenças conceituais que interferiram na utilização que se passou a fazer desse termo, alterando seu sentido, passo intermediário necessário a preparar o terreno para a crítica da concepção da depressão na atualidade, quando essa categoria diagnóstica substitui a de melancolia, passando em seguida a ser aplicada a quadros que em nada se assemelham à síndrome clínica estabelecida desde a Antigüidade.

Esse esclarecimento permitirá situar a complexidade e as diversas facetas existentes no problema, poupando-me do risco de tentar resolvê-lo anulando-o enquanto tal. Através do exame das questões problemáticas na classificação desses distúrbios, analisarei os aspectos conceituais que são relevantes a eles, tanto em termos de sua caracterização clínica quanto na sua fundamentação etiológica.

Para ampliar o campo de abrangência dessa abordagem e, ao mesmo tempo, facilitar minha tarefa, exporei no próximo capítulo as categorizações que fazem autores diversos, no seu esforço de ordenar classificatoriamente o problema, o que possibilitará uma visada panorâmica sobre o assunto, respaldando um exame ao mesmo tempo epistemológico e histórico-cronológico. Esse me parece mais fecundo do que um estudo apenas evolutivo das classificações, não só por ser mais amplo, como também por permitir visualizar as diferentes categorias com as quais se busca organizar a apreensão dos fenômenos em questão, e a tensão entre elas existente. Isso permitirá avançar na discussão sobre a causa, além de realçar um aspecto já evidenciado, o de como a clínica psiquiátrica e psicopatológica cedeu seu lugar a uma clínica ordenada pela farmacologia, desconsiderando as diferenciações clínicas, bem como as distinções etiológicas, dos diversos padecimentos depressivos, e nivelando através de um recurso farmacêutico a complexidade conceitual e clínica da questão. O detalhado exame dessas categorias clínico-conceituais e uma precisa delimitação da discussão etiológica se apresentam, portanto, como preliminares necessárias para se avançar.

Para além da crítica que fiz, que buscava desnudar a estratégia que viabilizou a construção desse paradigma, cabe, considerando o que ela esclarece, indagar como encontrar orientação dentro desse complexo campo. Estaremos então em condições de examinar a contribuição que podemos obter na obra de Freud ao seu esclarecimento.

3

A Depressão em suas Diversas Formas Clínicas

Examinarei as formas com as quais se tem classificado a depressão, não na ilusão de que aí resolverei os problemas que busquei caracterizar, mas com vistas a melhor discernir os impasses subjacentes a elas. Todo o problema diz respeito ao critério que será usado para qualificar a depressão: que método empregar? Para expressar as relações existentes entre diferentes membros de uma população heterogênea dois são utilizados. Agrupando-os em subpopulações, é o primeiro, por sinal, o mais usado, com o qual habitualmente estamos mais acostumados – nossa vida, em geral, se ordena em torno destas categorias: escuro/claro, dia/noite, branco/preto, por exemplo. Existem, no entanto, situações em que a categorização e o estabelecimento de tipologias foram substituídos pelo reconhecimento (ou tentativa) de uma dimensão. Isso tem ocorrido em contextos em que se dispõem de instrumentos apropriados de medida, e onde é reconhecido que a distribuição de indivíduos ao longo da escala relevante é contínua, e não descontínua. Altura, peso, inteligência, tensão arterial são exemplos onde é mais fecundo alocar os sujeitos em posições em um ou mais eixos, em vez de reuni-los em subgrupos.

Seria a depressão uma questão de dimensão, e não de categoria? Essa é uma escolha que desde o fim do século XIX, início do século XX, começou a vigorar para o campo psiquiátrico: os pacientes poderiam ser classificados em diferentes categorias diagnósticas correspondentes aos diferentes tipos de doenças que apresentassem, como Kraepelin estipulava, ou seus quadros clínicos seriam tomados em diferentes leituras sindrômicas baseadas no seu perfil sintomático, como sugeria Jaspers. Essa dupla face do problema da

classificação dos transtornos mentais coexiste desde então, e de maneira geral pode-se circunscrever o horizonte da classificação da depressão partindo-se de uma dicotomia, o pólo 'a' oposto ao pólo 'b', que num dado autor é tratada levando em conta critérios etiológicos, e em outro, de distinções clínicas. Uma vez que, até hoje, não se chegou a nenhum esclarecimento etiológico conclusivo e que as fronteiras existentes entre os diversos padecimentos depressivos são fragilmente definidas, a questão fica permanentemente aberta à discussão. Duas questões, portanto, existem aí sobrepostas: os pacientes serão agrupados em categorias ou em dimensões? Os critérios para que essa distinção seja feita serão clínicos ou etiológicos?

Daqui para a frente, verificarei a complexidade inerente a esse problema e demonstrarei as formas diversas que a psiquiatria forjou para enfrentá-lo, dentro dessa dupla vertente em que se desdobrou. Sua resolução, portanto, pressupõe uma teoria que possa dar conta tanto de um quanto do outro desses aspectos, o que, evidentemente, é uma tarefa difícil. Vimos que a psiquiatria, não dispondo dos recursos conceituais que a capacitariam a levá-la adiante, ingressa numa crise que a obriga a abandonar os preceitos clínicos que constituem sua herança e abraçar a causa neuroquímica. Tentarei situá-la com as ferramentas da psicanálise. Para aí chegar, abordarei seqüencialmente três conjuntos de questões: a primeira, relacionada à elucidação do sentido dos termos utilizados na categorização clínica, nosológica e etiológica do problema, será introduzida a partir do quadro seguinte, que, fazendo da classificação da depressão um panorama sinótico, visa compor uma cartografia da nosografia psiquiátrica da depressão.[42] A discussão minuciosa dos termos que a organizam me levará à segunda, introduzida pelo viés desta pergunta: cabe preservar a figura de uma neurose depressiva? Seu exame introduzirá a terceira, que indagará sobre a inserção que nesta discussão possui a oposição entre luto e melancolia, e permitirá fazer a ponte entre ela e o saber freudiano.

---

[42] As categorias diagnósticas do DSM-III, III-R e IV , bem como da CID 9 e 10, não constam deste quadro, e serão abordadas na seqüência do texto. O quadro é reproduzido de KENDELL (1976) sem alterações.

Quadro 1 – Classificações das depressões

A. TIPOLOGIAS SIMPLES

UMA CATEGORIA

· ***LEWIS*** *– Doença depressiva*

DUAS CATEGORIAS

· ***ROTH*** *– Depressão endógena / Depressão neurótica*

· VAN PRAG – *Depressão vital/ Depressão pessoal*

· POLLITT – *Depressão Fisiológica Tipo S/ Depressão Psicológica Tipo J*

TRÊS CATEGORIAS

CID 6

· *Reação maníaco-depressiva*
· *Melancolia involutiva*
· *Reação neurótica depressiva*

QUATRO CATEGORIAS

CID 8

· *Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo*
· *Melancolia involutiva*
· *Psicose reativa depressiva*
· *Neurose depressiva*

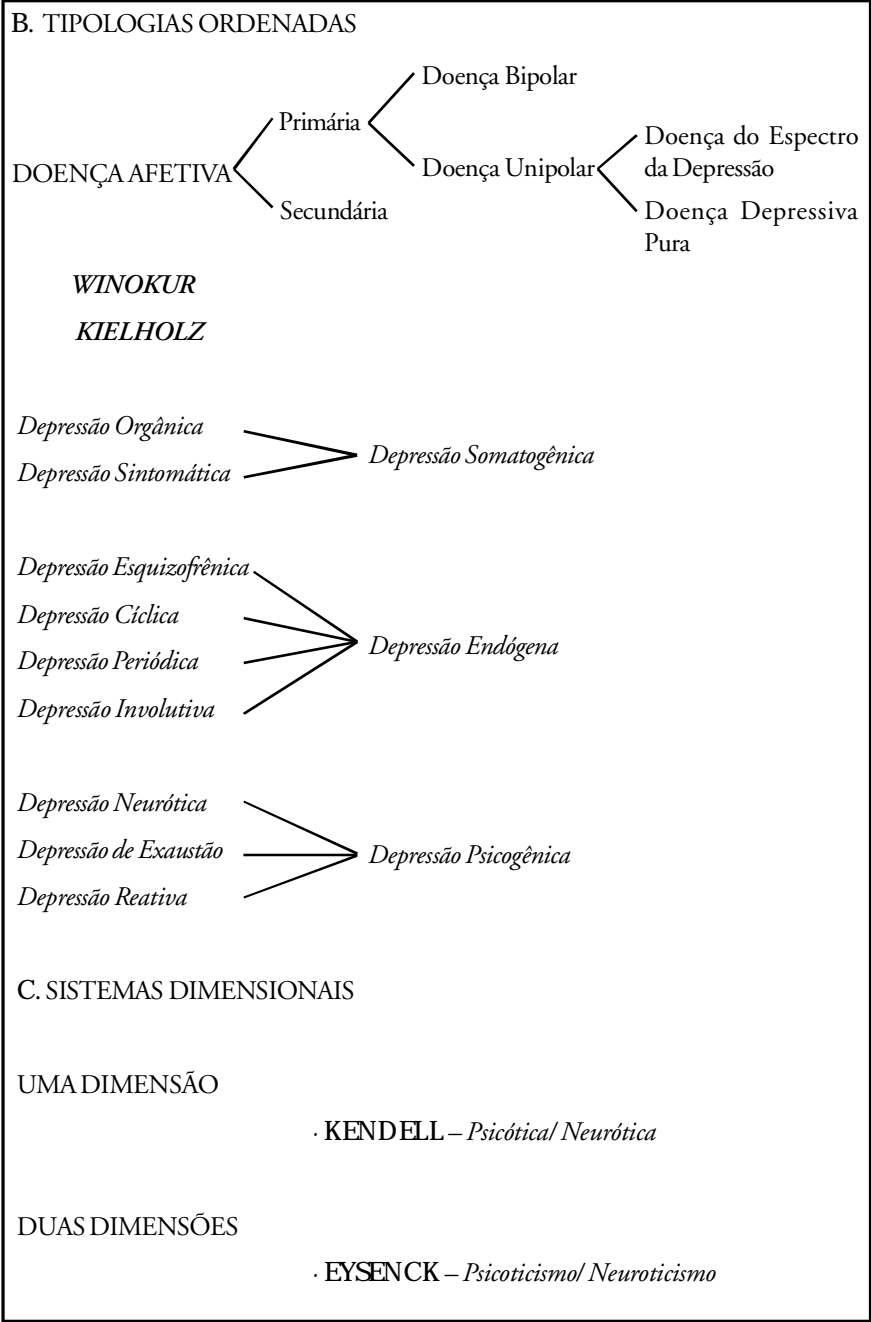
PAYKEL

· *Depressão psicótica*
· *Depressão ansiosa*
· *Depressão hostil*
· *Jovens depressivos com distúrbio de personalidade*

CINCO CATEGORIAS

BLINDER

· *Depressão fisiológica com retardo*
· *Depressão de tensão*
· *Depressão esquizo-afetiva*
· *Depressão secundária a problemas na vida*
· *Depressão como um pródromo de doença orgânica*

Quadro 1 – Classificações das depressões (continuação)

Nas páginas seguintes falarei extensivamente sobre aquelas que são no nosso meio as classificações mais freqüentemente utilizadas, tanto em nível institucional quanto no âmbito das publicações acadêmicas – instruindo, por exemplo, os diagnósticos que os profissionais utilizam para seu trabalho cotidiano na rede pública e privada da assistência médico-psiquiátrica, bem como as pesquisas que laboratorial ou universitariamente se realizam. Serão consideradas 'oficiais' a CID (*Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte*) da Organização Mundial da Saúde, atualmente em sua décima revisão, e o DSM, abreviatura de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, classificação elaborada pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana, atualmente em sua quarta edição. A história dessas classificações não é sem importância.

A *Lista de Causas de Morte*, de onde se originou a CID, foi introduzida por Jacques Bertillon em 1893 e recebeu aprovação geral e imediata, inicialmente nos Estados Unidos, e, logo, em nível internacional. Foi revista pelo próprio Bertillon em 1900, 1910 e 1920, em "Conferências Internacionais de Saúde". A quarta revisão foi realizada em 1929, a quinta em 1938, a sexta, severamente criticada pela quase unanimidade dos psiquiatras,[43] em 1946, a sétima em 1955, a oitava em 1965, a nona em 1976 e a décima em 1990. O DSM originou-se em 1952 com a primeira edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais* (DSM I), embora a Associação Psiquiátrica Norte-Americana já se dedicasse a produzir classificações desde muito tempo antes.[44] Para o desenvolvimento da segunda edição, seus patrocinadores optaram por tomar como base a CID 8, o que deu lugar à revisão de 1968 (DSM II), não havendo diferenças significativas entre as duas, excetuada a escolha deliberada feita pelo DSM de não utilizar o termo 'reação', optando, em seu lugar, por 'neurose'.[45] Na nona revisão, a depressão foi enquadrada por meio de dez códigos diagnósticos, que vão da demência senil, tipo depressivo, aos transtornos depressivos não classificados em outra parte,

---

[43] Ey (1954:20) afirma: "A enumeração é mal-equilibrada em suas rubricas inumeráveis e, por assim dizer, sem ordem. Nós não terminaríamos se a quiséssemos comentar".

[44] Ey reproduz (1954:24) uma classificação da APA de 1934. Nesta, a depressão aparece no capítulo das psiconeuroses (como "depressões reacionais") e no capítulo da psicose maníaco-depressiva.

[45] Todos os termos diagnósticos a seguir mencionados deveriam vir entre aspas. No entanto, como isto tornaria o texto demasiadamente carregado, optei por deixá-los sem aspas, chamando a atenção do leitor para que os leia levando em conta esta nota.

passando pela psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo, pela psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva, pela psicose maníaco-depressiva circular, mista, pela psicose não orgânica (reativa), depressiva, pela depressão neurótica, pelo transtorno afetivo da personalidade, pela reação depressiva breve, não psicótica, e a reação depressiva prolongada, não psicótica.

O DSM-III (1980), por sua vez, implicou uma importante reviravolta não só terminológica, mas particularmente no que diz respeito à inclusão de critérios de diagnóstico especificados e no estabelecimento do diagnóstico em eixos diversos, que abarcam desde as síndromes clínicas (eixo I), e os distúrbios do desenvolvimento e distúrbios da personalidade (eixo II), aos distúrbios e condições físicas (eixo III), e gravidade dos estressores psicossociais (eixo IV), até a avaliação global de funcionamento (eixo V). O mais importante, entretanto, não foi a mudança na sistemática diagnóstica, mas sim a conjunção desta com a transformação das categorias clínicas utilizadas para estes diagnósticos, o que comentarei adiante.

O Conceito de Endógeno

Através da designação endógeno, a psiquiatria busca, desde Kraepelin, qualificar a depressão. Isto a qualifica? Houve uma época em que se pensou que sim. Atualmente, sabe-se que não. A incerteza que essa oscilação produziu no campo da discussão psiquiátrica contemporânea fomentou um descrédito para com as categorias da antiga clínica, que se encontra, juntamente com outros fatores, na raiz das reformulações propostas desde a aparição do DSM-III, o que culminou no abandono dessas categorias. Este não é suficiente para resolver o problema, que se mantém em aberto, mesmo tendo sido deixado de lado pela psiquiatria moderna. Por essa razão, mantendo as categorias da clínica clássica, indagarei sobre o espaço de validade clínica, nosológica e epistemológica que elas ocupavam, o que trará elementos conceituais para avançar o questionamento.

O termo endógeno não apareceu na literatura inglesa até 1920,[46] e era virtualmente ignorado na psiquiatria americana até a década de 50, embora tenha sido introduzido em psiquiatria em 1893 a partir da apropriação que Moebius faz da dicotomia endógeno/exógeno originalmente introduzida

[46] Para o que segue neste e nos três próximos parágrafos, vide Lewis (1971, 1972) e Starobinski (1976, 1999).

no campo da botânica no começo daquele século.[47] O uso que Moebius faz do termo busca superar a insuficiência que admitia existir na distinção, em vigor na época, entre distúrbios orgânicos e funcionais. Suas razões eram simples: na medida em que se dependia de achados patológicos para comprovar-se a organicidade de um determinado distúrbio, na maior parte dos casos ficava-se sem a possibilidade de demonstrar-se a existência dessas lesões, seja por falta de instrumental apropriado para a investigação, seja pela inexistência de lesão detectável, o que, no entender de Moebius e de toda a fisiopatologia que lhe sucedeu, não quer dizer que a lesão não tenha ocorrido.

Passou então a ser um termo coloquialmente utilizado para designar uma causa interna, um processo orgânico não especificado, como no exemplo seguinte. Abordando a depressão ou a angústia comumente verificadas no período inicial do episódio esquizofrênico, seu autor afirma: "No fundo, é raro que muitos homens, ainda quando não todos, experimentem o aumento da afetividade corporal (por causas endógenas, quer dizer, somatógenas) como vivência atormentadora de culpa" (Conrad, 1963:51). É uma utilização não conceitual, que se tornou comum nos países de língua alemã no fim do século XIX, e se aproxima da que faz Freud em diversos momentos de sua obra (por exemplo, no *Projeto*, nas cartas a Fliess, e muitos outros) quando fala em 'fator' (ou tensão, estímulo, excitação, quantidade) 'endógeno', designações por meio das quais busca dar forma conceitual a alguma coisa da ordem de uma intensidade que em sua prática ele verifica existir e que atuaria enquanto causa. É o que está em questão quando, na famosa carta de 21 de setembro de 1897, comunica a Fliess o abandono da teoria que tinha lhe servido de guia nos cinco anos anteriores, e assinala que "o fator de uma predisposição hereditária recupera uma esfera de influência" (Freud, 1895a:302), em contraposição à teoria traumática até então vigente, da sexualidade humana considerada exógena, intrusiva. Esse lugar será ocupado após 1905 pelo conceito de pulsão. Nas *Conferências Introdutórias*, o termo ressurge: "São as neuroses enfermidades exógenas ou endógenas?", pergunta Freud (1916-1917:316). A resposta que nessa ocasião produz leva-o às "séries complementares", forma elegante e diplomática de responder aos seus interlocutores médicos, que insistiam na preponderância da hereditariedade

[47] Apud Lewis (1971). Registre-se aqui, como uma curiosidade, que Moebius comparece numa das cartas que Freud endereça a Fliess. "O hipocondríaco se debaterá largo tempo antes de achar a chave para suas sensações, de estar gravemente enfermo. Não se confessará que aquelas provém de sua vida sexual, mas lhe deparará a máxima satisfação que sua enfermidade não seja endógena, nos termos de Moebius, mas exógena; em conseqüência, está envenenado" (Freud, 1895b:250).

na determinação dos fatos psicopatológicos, quando Freud acentuava exatamente as vicissitudes históricas que teriam levado ao adoecimento, debate entre o inato e o adquirido que o acompanha em toda a sua obra e acerca do qual oferece uma resposta ao mesmo tempo brilhante e desconcertante. Com a noção de 'realidade psíquica', Freud procede à interiorização do trauma, internalizando a causa, e conferindo a ela através do conceito de fantasia, tanto valor de realidade quanto de 'realidade material', o que provoca no debate sobre a causa uma mudança de rumo, adiante examinada.

Endógeno faz Oposição a Exógeno, a Reativo, a Psicógeno ...

Além desse uso coloquial, o termo passou a fazer parte das categorias diagnósticas maiores da psiquiatria, e o exame das modificações introduzidas nas sistemáticas classificatórias de que ela se serve permite evidenciar como certas categorias transmutam-se acompanhando a hegemonia existente no campo das teorias que informam a clínica. A noção de endogenicidade inicialmente coincide com a de uma 'causação' de ordem somática, e seu sentido nessa ocasião se aproxima ao da hereditariedade degenerada. Mais ou menos na mesma época a noção de psicógeno foi aproximada à de reativo, formando um conjunto de oposições que passaram a ser largamente utilizadas – endógeno/exógeno, endógeno/psicógeno, endógeno/reativo, fomentando uma discussão que ajudou a depurar o sentido desses termos e, ao mesmo tempo, dando margem a uma dificuldade terminológica e conceitual que levou a que todas essas oposições fossem abandonadas pela psiquiatria pós DSM-III.

Essas categorias conceituais foram usadas para produzir uma distinção, clássica desde então, entre, de um lado, psicoses orgânicas; do outro, psicoses endógenas de qualquer origem. Para as primeiras, é necessária a demonstração da base somática determinante. Nas segundas, a partir do termo endógeno, presume-se existir uma tendência inata que estaria na raiz da patologia por ele identificada. A esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva são aqui enquadradas. Além disso, as psicoses endógenas eram contrapostas aos quadros ditos reativos. Com esse termo, aponta-se para a existência de um fator precipitante ao qual a ocorrência clínica seria remetida, e foi aproximado do conceito de psicogênese, cuja história tem origem diversa. Assim, a depressão endógena é identificada a uma ocorrência espontânea, que não guarda relação com precipitantes psicossociais, estando na dependência de uma base que residiria no organismo, enquanto que no deprimido não endógeno se verificaria a precipitação da depressão a partir de um desencadeamento psicossocial, ela ocorrendo em reação a este. Ou seja, para

esses quadros não endógenos, a psiquiatria supõe existir uma psicogênese, suposição estritamente equivalente, e em sentido inverso, da que sustenta uma somatogênese para os quadros endógenos. Em que bases ela está calcada? A resposta a essa questão não pode ser dada sem se atentar para o contexto clínico e histórico no qual emerge, e de certo modo recobre toda a história da psiquiatria desde Kraepelin.

A evolução desses conceitos demonstra ter entre eles existido uma série de superposições, o que ocasiona certa dificuldade quando se quer decidir do sentido específico que um dado termo possui. Uma vez que as fronteiras que demarcam são imprecisas, as delimitações entre um e outro são sempre móveis e sujeitas a variações. É, portanto, legítimo perguntar com base em que elementos se definiria um caso a partir dessas diferenciações. A descrição clínica é suficiente para esclarecer se um caso específico deve ser considerado, ou não, enquanto endógeno? De que outros elementos se dispõe? Que importância isso tem?

À Procura da Causa

A distinção jasperiana entre 'reação', 'desenvolvimento' e 'processo' é aqui fundamental (Jaspers, 1973). Com base nessa tríade, esse autor formula um raciocínio que permite ordenar as diferentes formas de padecimento psíquico. O argumento axial deste reside na possibilidade de compreensão do fenômeno patológico pelo investigador. No que denomina de 'reação', o quadro psíquico surge 'a partir de' e 'em resposta a' um evento precipitante, com o qual mantém um laço de compreensibilidade. Como diz Jaspers (1973), nas reações verdadeiras, o "conteúdo tem uma relação compreensível com o evento original, que não nasceriam sem esse evento e cuja evolução depende do evento e de sua relação com ele. A psicose fica ligada ao evento central". Quando a compreensibilidade escasseia, isto é, ante a incompreensibilidade do fenômeno patológico em questão, surge a noção de 'processo', que elege o corpo como causa.

Jaspers estabelece uma diferença entre o que seriam as relações de compreensão e as relações causais, invocando a causa sempre que encontra a impossibilidade da compreensão.[48] É para ocupar a hiância, surgida com

[48] O que o levaria a concordar com Lacan (1964): "Só há causa do que tropeça". Jaspers é o ponto de apoio para a alavanca de Lacan em sua tese sobre a psicose paranóica (Lacan, 1932), mas será incisivamente criticado após 1946 (Lacan, 1946) e, particularmente, na primeira aula do Seminário sobre as psicoses (Lacan, 1955-1956). Toda essa discussão remete à oposição introduzida por Dilthey (1963) entre compreensão e explicação, e às distintas implicações metodológicas que daí ele extrai.

esse tropeço na possibilidade de compreensão que elabora a noção de 'processo'. Ela oferece, assim, aval conceitual à suposição kraepeliniana de uma 'causação' endógena. Onde Kraepelin dizia "existe um fator interno não elucidado", Jaspers afirma "trata-se de uma psicose processual". O dito deprimido endógeno é então tomado na sua forma mais pura, e ao lado do esquizofrênico, como o retrato desta categoria – das psicoses processuais – havendo quem chegue a criticar Kraepelin pela excessiva restrição que ela implicaria.[49] Essas distinções se tornam mais complexas e difíceis na medida em que parecem existir casos 'tipicamente endógenos' precipitados por fatores psicológicos, os quais mereceram de Weitbretch (1970) a designação de endorreativos, noção que produz um híbrido entre as anteriores, sendo oferecida como uma nova classe para albergá-los. Esta não seria necessária, caso se atentasse para a definição que Kraepelin estabelece; aliás, observe-se que a crítica à estreiteza do conceito kraepeliniano de endogenicidade deve ser matizada, uma vez que essa restrição não é de sua inteira responsabilidade. O espaço que seu conceito de endógeno abarca é muito mais vasto do que nesta crítica se supõe, como pode ser verificado nesta citação:

> *Os ataques* [da doença maníaco-depressiva] *não infreqüentemente começam após a doença ou morte de parentes próximos ... Nós temos que considerar todas as pretensas ofensas* [psíquicas] *como possivelmente induzindo para o desencadeamento de ataques individuais mas ... a causa real da doença deve ser procurada em modificações internas permanentes, que pelo menos freqüentemente, e talvez sempre, são inatas ... Apesar da remoção da causa desencadeante, o ataque segue seu desenvolvimento independente. Mas, finalmente, a aparição de ataques inteiramente similares em ocasiões inteiramente dissimilares ou praticamente sem razão externa mostra que, mesmo onde houve influência externa, isso não pode ser considerado como uma pressuposição necessária para o aparecimento do ataque.* (Kraepelin, 1921:94)

Ou seja, para Kraepelin, as psicoses relacionadas a eventos desencadeantes não estão excluídas do grupo da psicose maníaco-depressiva. Pelo contrário, ele as inclui sob esta classe, unificando-as através da suposição etiológica comum, o que é exatamente inverso ao que Freud e Lacan produzirão. O que está em questão, portanto, é o problema da 'causação' de uma ocorrência mental, no caso a melancolia, em suas relações com o *socius* e o organismo, por exemplo, o efeito contingente de uma perda sobre o funcionamento psíquico. A categoria depressão reativa é a forma que a

[49] Veja-se, por exemplo, este trecho: "A noção de endogenicidade utilizada por Kraepelin como critério etiológico estabeleceu uma dicotomia que excluía do grupo das psicoses as depressões relacionadas com eventos desencadeantes, ..." (Sougey et al., 1993). Mostrarei que este argumento não é verdadeiro.

psiquiatria encontrou de enquadrar na nosografia as ocorrências depressivas que representariam o efeito das contingências da vida sobre a subjetividade. O desenvolvimento dessa noção no campo psicopatológico mostra que se tornou homóloga à categoria neurose depressiva, o que exige uma dupla crítica, dirigida tanto a esta categoria diagnóstica quanto à homologia aí operada.

Adiante abordarei a categoria neurose depressiva, o que permitirá dedicar minha atenção à homologia que se estabelece ao tomar-se a neurose como reativa. Isso implica supor a neurose como contingente, o que, pelo menos em parte, é justificado. Há toda uma tradição na psicopatologia apoiada nesse tipo de raciocínio, a importância das paixões no campo psiquiátrico servindo para evidenciá-la. O próprio Freud acreditou, durante o primeiro período de sua obra, que esse fosse o caso. Foi quando produziu a idéia da neurose como resposta adiada, deslocada no tempo, de um sujeito a um evento traumático frente ao qual, à ocasião em que ocorreu, a ele não pôde reagir. A neurose é, então, concebida como sendo uma defesa ao conflito que este evento suscita no sujeito. Mas Freud logo verifica a improbabilidade de sua suposição. Tão comum era a neurose que o trauma teria que ser uma ocorrência quase que generalizada. Surge daí a idéia de que o trauma opera na realidade psíquica, através da fantasia de sedução, que, desse modo, passa a ser concebida como o dispositivo imaginário através do qual o desejo do sujeito, de qualquer sujeito, se engancha com a sexualidade. O trauma torna-se assim desvinculado do evento biográfico, podendo ser encontrado mesmo nas mais assépticas famílias.

A psiquiatria moderna busca se apoderar do que está em questão nesta discussão através de conceitos que tentam pensar a influência do meio ambiente sobre o sujeito, articulando uma indagação de feitio sociológico com uma preocupação de natureza médica. A ambição é pensar como certos eventos sociais agem como precipitantes de doenças, quais são esses eventos, as possibilidades preditivas e terapêuticas daí decorrentes etc. A insuficiência metodológica destes estudos, no entanto, determina que eles pouco acrescentem a uma mensuração de risco e a uma articulação desta com a causa neuroquímica. Desse modo, comprova-se que eventos tais como discussões conjugais habituais, separações matrimoniais, mudança de trabalho, doença grave na própria pessoa ou em familiar, morte de parente próximo e separação de um familiar são encontrados em maior número em pacientes deprimidos do que na população-controle. Há uma inércia no pensamento médico que determina que se tratem essas questões atribuindo a elas eficácia etiológica, de tal modo que é comum que desta correlação se extraia uma suposição causal.

O trabalho do sociólogo George Brown (Brown et al., 1976), por exemplo, que invoca um efeito direto das crises da vida nos níveis fisiológicos e na função psicológica, é freqüentemente tomado como se apontasse para 'a causa social da depressão', tendência que o autor favorece no título que escolheu para seu livro[50] (Brown & Harris, 1978) e que influenciou a direção que tomaram as pesquisas, em voga desde o final dos anos 70, acerca da importância dos eventos vitais na produção ou precipitação de patologias.[51] Esse esquematismo reducionista se espraia, contaminando eventualmente pessoas bem-intencionadas, dado seu alto poder de sedução. É o fascínio do determinismo: 'por causa' disso, 'então' aquilo. Com grande facilidade pula-se do social para a intimidade cerebral do indivíduo, sem que disso se aperceba. Mas os eventos ocorridos na vida de um sujeito não podem ser tomados em sua empiricidade factual, dado que esta não é suficiente para informar sobre suas conseqüências psíquicas.

Desse modo, na pesquisa sobre os eventos clinicamente significativos, não basta repertoriar as ocorrências constantes numa dada biografia. É, antes, preciso relacionar cada evento, cada fato, com a subjetividade ali em questão, para se poder indagar sobre os acontecimentos que surgem a partir da relação entre um e outro. Essa via de indagação oferece campo propício para se verificar que no domínio do psiquismo os fatos são uma contingência correlativa no desencadeamento dos acontecimentos, às vezes a contingência que menos importa (Lacan, 1959-1960). Portanto, mais do que indagar sobre os fatos em si, na sua exterioridade factual, convém perguntar sobre o que há que, no seu encontro com tais fatos, um determinado indivíduo termine por padecer deste ou daquele modo. É a pergunta que Freud formula. A noção de realidade psíquica lhe fornece subsídios para a resposta.

O conceito de endógeno adquiriu ainda outros sentidos, além dos de espontaneamente produzido e de somatógeno. Como os quadros ditos endógenos costumam ser graves, intensos e muitas vezes acompanhados de ocorrências delirantes e alucinatórias, o termo passa a abranger essas noções. Produz-se, assim, uma série endógeno-somatógeno-psicótico-grave,[52] que encontra sua outra face na série reativo-psicógeno-neurótico-leve.[53]

---

[50] Origens sociais da depressão.

[51] Para uma revisão vide PAYKEL (2001).

[52] Que poderia ser continuada – com risco de suicídio, que apresenta indicação de internação, de ECT etc.

[53] Que igualmente poderia ser continuada – não psicótica, não endógena, caracterológica, responde bem a intervenções psicossociais etc.

Evidentemente, quem tenha um pouco de experiência com a prática clínica saberá que o que ampara esta assimilação é pouco mais que um grão de veracidade clínica e um enorme preconceito idealista. A clínica cotidianamente demonstra ser inverídico supor que a neurose seja mais leve e menos grave que uma psicose. Há, porém, uma inércia que faz com que habitualmente se raciocine assim.

Endógeno pode ainda referir-se a um conjunto de sintomas – distúrbio de sono, perda de peso, anorexia, inibição psicomotora, uma caracterização peculiar do humor – cuja presença talvez constitua o essencial na síndrome melancólica, e que são encarados pela tradição psiquiátrica como sendo oriundos de uma base corporal. Na verdade, essa suposição (a suposição etiológica, e não o conjunto de sintomas) nada mais evidencia que a pregnância do dualismo cartesiano, que encara o psiquismo pela via da cognição, e demonstra a falta que certos conceitos fazem.

Não minimizemos, no entanto, a força que quatro séculos de história exercem sobre nossos pensamentos, o que afeta até mesmo os mais fortes, Freud (1917), por exemplo: "Um fator provavelmente somático, que não há de se declarar psicogênico, é o alívio que por regra geral recebe este estado ao entardecer". Ou ainda Lacan (1938): "Um ritmo biológico regula, sem dúvida, certos transtornos afetivos chamados ciclotímicos, sem que sua manifestação possa ser separada de uma intensa expressividade de derrota e triunfo". Adiante retornarei a esse ponto, e, portanto, continuarei com a descrição da síndrome.

É comum que alguns pacientes se queixem de alterações nas sensações somáticas, com parestesias importantes, sensação de opressão insuportável, freqüentemente localizada no peito. "Mais freqüente que a declaração 'estou terrivelmente triste' se pode ouvir 'não posso me alegrar de nada', ou de forma mais positiva 'tudo é insuportavelmente pesado aqui dentro, ... nem sequer posso estar triste'" (Weitbretch, 1970:450). A psiquiatria de inspiração fenomenológica enfatiza esses traços clínicos, destacando "o sentimento da falta de sentimento" (Schneider, 1968:228) e a expressão diferencial do rosto do deprimido, que

> *não está vazio nem sua expressão é superficial e apagada como acontece no 'orgânico' e sobretudo no paralítico geral, mas sim petrificado em uma trágica máscara. De todas as formas dá a impressão de vacuidade, por ser a expressão tão estática. Observa-se, às vezes, que no curso da conversação desenha a boca o vinco de um sorriso, mas nos olhos permanece ao mesmo tempo uma tristeza mortal. A voz é pouco modulada e monótona. A escritura se torce para baixo.* (Weitbretch, 1970:454)

Retornando à questão determinística que esses conceitos veiculam, é evidente que estando referenciados pelo saber de Freud, não podemos seguir Jaspers acriticamente. As categorias que informam seu pensamento permanecem centradas numa noção monádica e ideativa do psiquismo obtida da psicologia cartesiana.

A oposição entre *Res cogitans* e *Res extensa* vigora para todas essas dicotomias, até mesmo quando se busca rompê-la, como se dá com Tellenbach (1976:34), quem admite que com tal finalidade se haveria que recorrer a um terceiro campo causal, que denomina *Endón*. Os fenômenos endógenos seriam "emissões, transformações, formas particulares de manifestação do *Endón*". O que seria este afinal? Tellenbach afirma que o endógeno deve ser entendido como "criptogênico", forma elegante de remeter a questão ao seu ponto de origem. Ou seja, a investigação psiquiátrica não tem como saber o que fundamenta esses quadros clínicos que a experiência demonstra existir, e, diante dessa situação, age do modo habitual, remetendo o que não consegue explicar a um princípio qualquer, variável de acordo com o paradigma hegemônico no momento.

Ocuparam sucessivamente essa mesma função a degeneração, o processo de Jaspers, o que Kurt Schneider chamava de fundo, as endorfinas, a noradrenalina, a serotonina... No final das contas prefiro a sincera confissão de Bleuler (1985): "... falando francamente, endógeno significa pouco mais do que 'enigmático' e, para muitos, além disso, 'herdado'".

Ambigüidades do Conceito de Depressão

Evidencia-se, portanto, um grande desentendimento que se dissemina pelos diversos níveis do problema – terminológico, clínico, nosológico, etiológico, terapêutico. De onde surgiu a força produtora dessa situação? O esclarecimento é difícil e, certamente, não pode ficar restrito a um único fator. Mais producente, parece-me, é verificar seu contorno, seus limites, evidenciar o imbricamento de suas diversas dimensões. Seria fácil, por exemplo, atribuir às classificações em uso na psiquiatria a responsabilidade pela produção e fomento dessas ideologias. Mas não seriam essas classificações, antes, mais efeito que causa?

É verdade que a CID 6 assimila, com a categoria reação depressiva neurótica, os conceitos de neurose e de reação. Já em 1934, porém, as depressões reativas aparecem na classificação elaborada pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana integrando exatamente o grupo das

psiconeuroses.[54] Além disso, a noção de reação é usada na América do Norte por Adolf Meyer desde 1906, servindo também para designar a reação maníaco-depressiva. Na oitava revisão (1965), passou, através da categoria 'psicose reativa depressiva', a qualificar explicitamente a psicose. Considere-se ainda que Schneider (1968), que não aceitava o termo neurose, fazia equivaler o conceito de psicose (entendida como um processo, no sentido jasperiano) ao de morbidade psíquica. Surge daí a oposição reativo/psicótico (mórbido).

Há também que levar em conta que no DSM-II o termo psicose é aplicado à depressão como se fosse sinônimo de grave ou severo, não havendo para sua utilização nenhuma exigência quanto à presença de delírios, alucinações, perda de contato com a realidade etc. Isso contribuiu, sem dúvida, para engrandecer a dificuldade de um esclarecimento acerca do problema, mas certamente não é sua fonte. Aliás, a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no glossário da oitava revisão da CID para a utilização deste último código diagnóstico (identificado através do número 298.2) é, neste sentido, exemplar: "Psiquiatras que não reconhecem esta categoria incluem esta condição sob 296.2" – isto é, os psiquiatras que não reconhecem a categoria diagnóstica 'psicose reativa depressiva' devem incluí-la no diagnóstico de psicose maníaco-depressiva tipo depressivo, que seria exatamente o seu oposto caso se pensasse como Kurt Schneider (World Health Organization, 1974).

O que desse exame se destaca é a imprecisão terminológica e conceitual que esses termos carreiam, a falta de sistematização no sentido a ser atribuído a uma determinada categoria diagnóstica, as diferentes variações regionais. É, portanto, pouco provável que se consiga resolver esse problema através de medidas genéricas e abrangentes, como as que são possíveis a tais classificações, comprometidas em sua concepção, elaboração e método na medida em que são tentativas de homogeneizar e disciplinar formas clínicas e diagnósticas já em uso, e busca atender às idiossincrasias regionais que as orientam.[55]

---

[54] Ey (1954:24) reproduz uma classificação da APA de 1934. Nesta, a depressão aparece no capítulo das psiconeuroses (como "depressões reacionais") e no capítulo da psicose maníaco-depressiva.

[55] Desse modo, o último código diagnóstico mencionado parece ter sido introduzido a fim de atender a psiquiatras dinamarqueses, afirma Kendell (1976:24). Esta peculiaridade de tais sistemas classificatórios não escapa aos mais lúcidos, que se servem deles de modo soberano, em vez de trabalhar para reproduzir acriticamente o que eles introduzem no campo. "Um dos problemas com o DSM-III-R é que ele tenta ser todas as coisas para todas as pessoas. É pensado para ser usado para decisões terapêuticas, faturamento, tribunais, pesquisa epidemiológica, ensaios clínicos, estudos genéticos, e assim por diante" (Blacker & Tsuang, 1992).

Por essa razão, mais esclarecedor do que percorrer essas classificações tentando elucidar seus pressupostos e ambições, seus pontos fortes e fracos, poderá se abordar as categorias básicas por meio das quais pesquisadores diversos buscam resolver esse problema nosológico. Isso fornecerá um conjunto de categorias clínicas e conceituais que aparecem de modo consistente na avaliação do problema, orientando-nos também para entender as diferenças entre os diversos sistemas classificatórios.

Da Infelicidade Existencial do Neurótico à Neurose Depressiva

A partir do exame histórico e clínico empreendido das figuras nosológicas que a psiquiatria foi capaz de produzir desde Kraepelin até o momento imediatamente anterior ao ocaso do pensamento clínico no campo psiquiátrico metaforizado pelo advento do DSM III, que distinções categoriais teríamos? Além da depressão que surge nos casos orgânicos, da que aparece em certos esquizofrênicos, e em alguns alcoólatras, o pensamento psiquiátrico estabelece uma dicotomia que põe, de um lado, o deprimido endógeno e, do outro, o neurótico deprimido. E, entre um e outro, seus diversos subtipos. Examinarei agora especificamente cada uma dessas categorias; ou melhor, visto que o deprimido endógeno já ficou suficientemente caracterizado nas páginas precedentes, estudarei a outra das figuras privilegiadas da depressão nesta época, o neurótico deprimido.

A categoria nosológica 'neurose depressiva' é fruto da investigação introduzida por Sándor Radó (1927).[56] Sua descrição a respeito dela é interessante, podendo contrapor-se ao que a psiquiatria veio a caracterizar como sendo o outro pólo da doença depressiva. Se Radó pudesse ter assistido aos desdobramentos seguidos pela categoria por ele introduzida no campo psiquiátrico, certamente reconsideraria seu gesto e se absteria da inovação pela qual é responsável – feita, aliás, sem muita pompa, e talvez até de modo involuntário.

O texto de Radó tem a clareza e limpidez habituais nas produções das duas primeiras gerações dos psicanalistas. Mas a novidade que introduz surge por um detalhe semântico da argumentação, o qual, freqüentemente, passa despercebido, e talvez o tenha sido até ao próprio Radó, mas não pode escapar a uma indagação preocupada com a arqueologia dos conceitos com os quais trabalha. No último parágrafo de seu ensaio, dedica "umas

[56] Existe uma tradução brasileira desse texto publicada em *Boletim de Novidades Pulsiona*, VII(61):10-24, 1994.

poucas observações ao problema da depressão *neurótica*" (Radó, 1927:71, grifo do autor). Esta lhe aparece como sendo o "processo depressivo que se apoderou do ego da pessoa que sofre uma neurose de transferência", ou seja, uma ocorrência do afeto depressivo num sujeito estruturado no campo da neurose. Radó acredita que ela se efetuaria "exatamente de acordo com o mecanismo da verdadeira melancolia" (Radó, 1927), o que logo comentarei. Em razão desse deslizamento significante, o que para ele é a depressão neurótica, a depressão que "se apoderou do ego da pessoa que sofre uma neurose de transferência", aparecerá para a psiquiatria como a categoria nosológica neurose depressiva e será tomada, seja como uma entidade, isto é, uma das manifestações da doença depressiva,[57] seja como uma pura virtualidade subjetiva do vivente, uma reação afetiva (portanto circunscrita ao evento detonador, limitada ao seu alcance, homogeneizada à depressão dita reativa).

Observe-se o complexo movimento aqui existente. Em primeiro lugar, de um agrupamento sintomatológico ou de um sofrimento, o afeto de depressão que ocorre no indivíduo não necessariamente se constituirá uma neurose. Em segundo, que essa ocorrência seja tomada como possuindo o mesmo mecanismo que a melancolia. Em terceiro, que disso se faça uma entidade mórbida, no sentido kraepeliniano. É o que, no entanto, se produz. Continuo com a citação: "A depressão neurótica também tem suas bases no afastamento narcísico da realidade, o objeto externo sendo substituído por organizações psíquicas e um esforço sendo feito para solucionar os conflitos no plano intrapsíquico e não no mundo exterior, por meio de uma técnica oral ativada regressivamente" (Radó, 1927, ou p.24 na tradução brasileira).

Até aqui tudo muito fiel às idéias de Abraham, de quem Radó foi aluno e seguidor. É preciso, porém, tematizar as diferenças entre estas figuras clínicas: "Estes processos consomem quase que totalmente o eu do melancólico e destroem estas funções nele relacionadas com a realidade, enquanto que na neurose de transferência eles estão como que simplesmente superpostos ao eu, que é, sem dúvida, um eu neurótico, mais ou menos intacto". Continua correto, além de permitir ver claramente que o que Radó aborda é a ocorrência do fenômeno depressivo na neurose de transferência. Eis que surge, ainda débil e tímido, o primeiro deslizamento:

---

[57] "O conceito de depressão-doença deve ser utilizado apenas para fazer referência a uma enfermidade '*per se*', perfeitamente definida em uma configuração nosológica determinada, tal como: neurose depressiva, fase depressiva da psicose maníaco-depressiva, ..." (Sá Júnior, 1983).

> *No* neurótico depressivo *se conserva o objeto e, com ele, a relação com a realidade; ocorre somente que a adesão do paciente a eles se afrouxa, e o eu enfraquecido começa a desistir da luta com o mundo – uma luta que parece ser insustentável – voltando-se para dentro de um modo narcísico e se refugiando em um mecanismo de reparação oral-narcísico.* (Radó, 1927, grifo meu)

E agora, concluindo, o segundo e último deslizamento consolidando a transformação que busco destacar. "De modo que a depressão neurótica é uma espécie de melancolia parcial do eu (neurótico); quanto mais se estende dentro desse eu o processo depressivo, às expensas de suas relações com os objetos e com a realidade, mais as condições da 'neurose depressiva' se aproximam às da melancolia" (Radó, 1927). Ora, não é automático que da existência da depressão enquanto vivido afetivo no indivíduo neurótico se formule a existência de uma neurose depressiva. Não obstante, é comum que se faça essa assimilação. Acerca desse segundo deslizamento, no entanto, Radó não pode ser responsabilizado, uma vez que seu autor parece ser o tradutor do texto para o espanhol. Ato falho de tradução,[58] que não ocorre na tradução brasileira, onde este último trecho aparece como "mais as condições da neurose narcísica se aproxima da melancolia".[59]

Já assinalei anteriormente que em Freud não se encontra a figura de uma neurose depressiva. Alguns dos seus tradutores, no entanto, se encarregam de estabelecê-la. No 'Caso Lucy R.', por exemplo, Freud escreve *Die Verstimmung war vielleicht der zu dem trauma gehörige Affekt*, o que foi traduzido na edição da Amorrortu por "*la desazón era acaso el afeto correspondiente al trauma*" e na tradução brasileira da Imago (bem como na *Standard Edition* inglesa) por "sua depressão talvez fosse devida à emoção ligada ao trauma" (Freud, 1893-1895a).[60] No caso 'Elizabeth von R.' a *traduttore, traditore*, age de novo, agora com mais desenvoltura. Freud comenta, o que na verdade é um argumento contra os adeptos da teoria da degeneração, que em nenhum dos ramos da família de sua paciente existia um lastro hereditário considerável. É certo, ele

[58] Este deslizamento terminológico é favorecido pelo lugar que a ideologia do tradutor reserva à depressão, e talvez não seja casual ter sido praticado no solo argentino no começo dos anos 60, quando em Buenos Aires haviam mais kleinianos que em Londres.

[59] A edição norte-americana, publicada pelo *The International Journal of Psycho-Analysis*, 9:420-438, em 1928, traz "*the further the depressive process extends with that ego at the cost of its relations to the object and to reality, the more does the condition of narcissistic neurosis aproximate to melancholia*", o que acredito ser suficiente para elucidar o problema.

[60] Edição em alemão: *Gesammelte Werke*. Londres: Imago Publishing Co. (1952:163 v.1). Edição brasileira: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (1974.v.2).

agrega, que sua mãe padeceu durante anos uma *erforschter neurotischer Verstimmung*, que a Amorrortu traduziu como "*uma desazón neurótica no explorada en detalle*", e a Imago por "uma depressão neurótica que não fora investigada" (Freud, 1893-1895b).

Não haveria grande problema em optar-se por traduzir como depressão o que mais apropriadamente poderia ser chamado de desgosto, mas o fato é que, por obra e graça desse deslizamento semântico, a infelicidade e a impotência que surgem no neurótico, por ele vivida enquanto desgosto ou depressão, são quase que imperceptivelmente elevadas à categoria de neurose depressiva, que passa a fazer o papel de Outro da depressão endógena na dicotomia que ordenou durante cerca de 50 anos a nosologia psiquiátrica. Isso vigorou até que se fez claro que, não tendo a neurose uma consistência essencial, substancial, seria forçoso o remanejamento das categorias nosológicas em uso na psiquiatria, levando a uma mudança na sua sistemática, e, mais importante, no próprio espírito inspirador das referidas sistemáticas classificatórias. Pode-se ver essas dificuldades aparecerem acompanhando algumas categorias que a clínica produziu. Na discussão a seguir, no entanto, para evitar a dispersão, me limitarei aos códigos diagnósticos que surgem nas classificações oficiais.

Figurações da Depressão na Nosografia Psiquiátrica

A categoria reação depressiva psiconeurótica[61] é introduzida no DSM-I como sinônimo de depressão reativa, fazendo oposição à depressão endógena e à psicose maníaco-depressiva. Considera-se generalizadamente que o privilégio atribuído pela primeira edição do DSM à categoria 'reação' nada mais é que o espelho das influências de Adolf Meyer sobre os elaboradores da referida classificação. No DSM-II, o mesmo estado clínico passa a aparecer como neurose depressiva, supostamente pela influência que a psicanálise teria sobre a psiquiatria americana quando se fazia esta revisão, e no DSM-III como distúrbio distímico, designação que é mantida no DSM-III-R e IV.

Observe-se que no DSM-I vigora a oposição reativo/endógeno, que é baseada em um raciocínio etiológico, sendo a acepção que ela carreia importante, ajudando a identificar a neurose com o reativo. No DSM-II ela transmuta-se num raciocínio clínico, a dicotomia neurótico/psicótico. Com o DSM-III, essa oposição endógeno/reativo perde terreno, e elimina-se o

[61] As aspas implícitas antes mencionadas vigoram aqui também.

termo neurose, admitindo-se que seja fonte de imprecisão e que as questões concernentes à terapêutica e à evolução dos quadros patológicos dependeriam de uma diferenciação mais precisa das entidades clínicas que ele não favoreceria. Busca-se alcançá-la através dos critérios que então se constroem. Isso, de um lado, caminhou no sentido de uma categorização sintomatológica e sindrômica onde cada diagnóstico é estabelecido a partir de um certo conjunto de traços cuja presença é considerada obrigatória para o distúrbio em questão, ou cuja presença em conjunto com outros fatores é considerada como indicativa de uma determinada categoria diagnóstica.

Paralelamente, introduz-se uma série de modificações na denominação dos diversos distúrbios mentais, modificações que não se restringem ao campo da depressão. O que está em jogo neste conjunto de alterações terminológicas? Teorias causais? Estratégias terapêuticas? Paradigmas divergentes? Todas elas. Mas limitarei meu comentário ao que diz respeito especificamente à classificação da depressão.

No DSM-III, a distinção entre depressão psicótica e neurótica é abandonada em proveito de uma diferenciação maior/menor. No DSM-III-R, essa distinção maior/menor é também abandonada. Desse modo, os distúrbios do humor são codificados como distúrbios bipolares (misto, maníaco, depressivo, ciclotímico) ou distúrbios depressivos (que incluiu depressão maior e distimia depressiva). Os episódios depressivos maiores podem ser caracterizados como 'de tipo melancólico'. Considera-se existir uma dificuldade particular no diagnóstico diferencial entre depressão maior e distimia depressiva "uma vez que os dois distúrbios partilham sintomas semelhantes e somente diferem na duração e na gravidade" – a depressão maior aparecendo como um (ou mais) episódio separado e circunscrito na vida do sujeito afetado; a distimia, em contrapartida, sendo caracterizada por uma "síndrome depressiva crônica, leve, que está presente há muitos anos" (American Psychiatric Association, 1989:248).

Não se deve, no entanto, tomar a categoria distúrbio distímico como um sinônimo para neurose depressiva, visto que certos pacientes até então diagnosticados com base nesta última categoria diagnóstica podem ser, no DSM-III, enquadrados como depressão maior, bastando para isso que a constância, a intensidade e o número de sintomas que apresentem supram o exigido. No DSM-III existem critérios para enquadrar como melancólica uma determinada depressão, critérios que exatamente privilegiam os 'sintomas endógenos'. São eles: uma distinta qualidade do humor depressivo, diferente

por exemplo da depressão experimentada após a morte de um ser amado; a depressão é regularmente pior pela manhã; despertar precoce, em geral duas horas antes do normal; pronunciado retardo psicomotor, ou agitação; anorexia e perda de peso; culpa excessiva ou inapropriada. Esses mesmos critérios vigoram no DSM-III-R, acrescidos de três outros: nenhum transtorno de personalidade prévio ao episódio depressivo; um ou mais episódios depressivos maiores com recuperação plena (ou quase); boa resposta prévia a terapêuticas biológicas (ECT, imipramina, lítio, IMAO) (Zimmerman & Spitzer, 1989).[62] No DSM-IV, essas mesmas categorias se mantêm, existindo apenas alterações cosméticas (na ordem e no número de itens exigidos para que o critério diagnóstico seja cumprido).

Na CID 10, algumas dessas modificações introduzidas a partir do DSM-III são incorporadas, indo desde opções ideológicas e mudanças terminológicas – em grande parte uniformes com as do DSM-III-R e IV, por exemplo, o abandono da distinção entre neurose e psicose[63] – à adoção de um esquema multiaxial. Para cada transtorno codificado, a classificação oferece 'diretrizes diagnósticas' que indicam o número de sintomas cuja presença é necessária para que um diagnóstico confiável possa ser feito. Assinala-se, numa denegação que tem se tornado comum após o empreendimento 'ateórico' inaugurado com o DSM-III, que

> *estas descrições e diretrizes não contêm implicações teóricas e não pretendem ser proposições completas acerca do estágio atual de conhecimento dos transtornos. Elas são simplesmente um conjunto de sintomas e comentários sobre os quais houve uma concordância por parte de um grande número de consultores em muitos diferentes países como sendo uma base razoável para definir os limites de categorias na classificação de transtornos mentais.* (Organização Mundial da Saúde, 1993:2)

Tal afirmação que confirma o que anteriormente, apoiado em uma citação de Eric Laurent que se revela precisa, afirmei: "O consenso ocupa o lugar do universal, o empirismo o lugar da observação, a norma estatística o lugar do verdadeiro" (Laurent, 1989:95). A categoria transtornos do humor (afetivos) inclui sete subcategorias: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente, transtornos persistentes do humor, outros transtornos do humor, e transtorno do humor não especificado. A tendência atual, de um kraepelinianismo

---

[62] Vide também Rush Weissenburger (1994) e Cooper (1989).

[63] Mantêm-se, no entanto e contraditoriamente, os termos 'neurótico' e 'psicótico', para "uso ocasional" o primeiro, e "por ser conveniente" o segundo (Organização Mundial da Saúde, 1993:2).

remoçado, é a de esquecer que no campo psicopatológico não existem sintomas específicos; a idéia jasperiana de que o que há são "sintomas favoritos" (Weitbretch, 1970:31) – os quais, pela freqüência de aparição e pela associação com outros sintomas, adquirem certa tipicidade, sendo muitas vezes decisivos para o diagnóstico (mas não específicos nem exclusivos) – é 'superada' com a reificação das entidades. Qualquer agrupamento sindrômico pode tornar-se uma doença, ficando a decisão acerca disso acontecer, ou não, na dependência de fatores externos à clínica.[64] A bússola clínica que vigorou durante mais de meio século, representada pela concepção de uma hierarquia nos sintomas,[65] juntamente com a noção de grupos sintomatológicos, é abatida pelas novidades introduzidas no DSM-III. Seus patrocinadores, no entanto, correm o risco de, tendo posto essas distinções porta afora, serem forçados a readmiti-las. Como isso não poderia ser feito sem uma radical subversão dos princípios que regem o próprio espírito inaugurado pelo DSM-III, assiste-se a um curioso processo, no qual se tenta fazer os códigos diagnósticos e as categorias nosológicas eliminadas entrarem pela janela.

É cada vez maior o clamor pela reintrodução no corpo da classificação de algumas das categorias eliminadas. Assim, pleiteia-se que a histeria seja readmitida. Apenas, tudo o que concerne à histeria passa a aparecer com suas vestimentas as mais vulgares, o histrionismo. No que diz respeito ao que me interessa mais diretamente, multiplicam-se os estudos que fortalecem a necessidade de se restabelecer uma categoria diagnóstica para a depressão psicótica (Schatzberg & Rothschild, 1992). Multiplicam-se também as investigações que se amparam nestas distinções eliminadas da classificação, demonstrando que na prática elas continuam em vigor.[66]

O empenho é direcionado a uma especificação dos sintomas necessários para o estabelecimento de cada diagnóstico, o que cria uma dificuldade intransponível para este sistema classificatório, dada a superposição de sintomas

---

[64] Por exemplo, de um grupo de pesquisadores que queira levar adiante este processo. Mais freqüentemente, no entanto, o que define o surgimento de novas entidades é o estímulo ($$$) produzido pelo lançamento, ou relançamento, de algum medicamento no mercado.

[65] Acima os neuróticos, logo os maníaco-depressivos, depois os sintomas processuais da esquizofrenia, e no final os sintomas orgânicos psíquicos e somáticos.

[66] "As evidências disponíveis sugerem alguma utilidade clínica e alguma validade (embora não inteiramente consistente) para o conceito de traços melancólicos. (...) são preditivos de uma resposta positiva ao eletrochoque e aos antidepressivos tricíclicos nos severamente doentes. Os traços distintivos incluem retardo psicomotor, humor não reativo, intensa anedonia, e uma distinta qualidade do humor" (Rush & Weissenburger, 1994). Vide também Peselow et al. (1992).

que as síndromes psicopatológicas apresentam, e a inexistência de sintomas patognomônicos. A introdução da noção de comorbidade,[67] que permite a atribuição de diagnósticos específicos para cada grupo sintomatológico superposto, contorna (para os adeptos desta sistemática) a dificuldade, mas também a agrava, camuflando-a. Esta discussão traz igualmente a possibilidade de situar o ganho que um estudo semiológico e nosológico acurado pode introduzir com vistas a um tratamento.

Além de observar signos, de um clínico se exige que saiba escutar, inclusive o silêncio. Não como alguém que ouve estrelas, mas sabendo discernir acerca do estatuto semiológico, transferencial, afetivo e significante, do que ouve. Tomar uma decisão diagnóstica com base na pura exterioridade do fenômeno observado, o que um clínico surdo faria – ou que pode ser realizado a partir de alguns itens, tais como silêncio prolongado, anorexia intensa, insônia rebelde ..., de um questionário auto-aplicável ou por um computador – é levar a perder aquilo que nos detalhes tornam-se persuasivos contra o que aquilo que observamos indicaria.[68] Desse modo, o silêncio de um paciente por vezes permite, nos seus detalhes, ouvir um evitar da fala, o que qualquer clínico cuidadoso pode atestar.

Efeitos Colaterais do Princípio da Razão Depressiva

Surge aqui uma curiosa contradição. Desde a aparição do DSM-III, os diversos padecimentos psíquicos são agrupados com vistas a uma eficácia medicamentosa. Disso decorreram, no que concerne ao aspecto aqui estudado, dois desdobramentos mutuamente contraditórios: a medicação passa a ser usada pela pura e simples eficácia que a partir dela se teria sobre o quadro mental, abandonando-se inteiramente o debate etiológico,[69] ou,

---

[67] Examino a noção de comorbidade em 'Is it in my head or in my heart?', a partir de um estudo da relação que existiria entre prolapso de válvula mitral e distúrbio de pânico (Coser, no prelo).

[68] "Os detalhes são persuasivos porque os fatos que conhecemos tornam-se símbolos daqueles que ignoramos". Aristóteles. *Retórica*, III, 16, 1417b:1-3. Apud Cassin (1990:31).

[69] "O modelo [da *Affective Spectrum Disease*] assume que o organismo é uma caixa-preta, e por esta razão advoga somente que, para cada forma da ASD, *um* passo na cadeia etiológica é o mesmo: uma anormalidade fisiológica necessária (mas provavelmente não suficiente) sobre a qual os antidepressivos agem para tratar esta desordem. (...) Evidentemente, deve-se tolerar que (...) o passo possa ser um trivial, com os distúrbios ligados por uma anormalidade de pouco interesse clínico ou teórico. (...) Felizmente, (...) conhecimento dos mecanismos reais que operam dentro da caixa-preta não é exigido para o presente modelo". Evidentemente, como uma demissão desse porte ante a investigação não é isenta de efeitos colaterais, a conclusão vem por denegação: "Entretanto, o modelo pode ajudar a focalizar a busca por estes mecanismos" (Hudson & Pope, 1990).

segunda possibilidade, faz-se da ação suposta ao fármaco argumentação causal. O discurso que a partir de cada um destes desdobramentos se produz é muito curioso.

Os primeiros admitem clara e diretamente que o que importa é a produção de efeitos sobre as queixas, fala regida pela ética do desempenho, da remoção química da queixa. O seguinte trecho ilustra como é fácil aos partidários desta que poderia ser denominada a versão farmacêutica do paradigma biologicista da depressão introduzirem a farmacologia deste distúrbio no campo, propriamente falando, da droga. O que, evidentemente, é feito com o beneplácito da ciência e com a melhor das intenções:

> *O diagnóstico, pesquisa e tratamento dos transtornos mentais entraram na década de 80 no que se pode chamar de uma* revolução científica *(...) passaram a ser estudados de acordo com um modelo médico moderno. Isto é, definidos segundo critérios clínicos* objetivos, operacionais *e, na medida do possível, ateóricos. (...) O objetivo é a identificação de transtornos, passíveis de diagnóstico claro, com repercussões terapêuticas significativas e, idealmente,* validade científica*. (...) Não se pode perder de vista que o objetivo último da pesquisa clínica psiquiátrica é sua* utilidade*, mais até do que a* validade*. Os pacientes não podem esperar. Precisam de alívio de modo seguro e eficaz.* (Editorial, *Psychological Medicine*, 1993a, grifos do autor)

Com vistas ao engrandecimento do saber a extrair dessas questões, no entanto, seria conveniente que não se fosse demasiado apressado. Caberia, também, indagar: por que tanta pressa? Por que os pacientes não podem esperar, logo eles que passam a vida esperando? Essa afobação denota a urgência do gozo fálico, e o mais curioso é que não são os próprios pacientes que a revelam. Eles, de bom grado, mostra a clínica, esperam (pelo menos, uma grande parcela). Quando imbuídos da crença que a confiança inocula, esperam credulamente.[70] Não raro, se além de esperar, põem-se a trabalhar, podem alcançar os frutos que este produz, sacramentando um famoso dito popular. Mas esperar não basta. Se a espera é incrédula, ou não acompanhada deste trabalho, quem espera desespera. Seja como for, é surpreendente que a ansiedade da espera estoure no pesquisador, não nos pacientes. Observe-se que a referida citação não é a fala de um clínico, atormentado com a incumbência (que tomou para si) de agir no aqui e agora de uma emergência e fazer algo pelo seu paciente, mas de alguém engajado no que seria a produção de algo de uma ordem de temporalidade

[70] Acerca deste tópico o leitor consultará com grande proveito a obra freudiana, que aborda o assunto desde seu começo, em 1891 (Freud, 1891), ao seu fim, em 1937 (Freud, 1937). Vide também Birman (2000).

mais permanente, ou menos afoita, a produção de um saber novo sobre a clínica e o tratamento desses casos. Cabe, portanto, indagar: qual o estatuto desta fala? Em que ela se fundamenta?

A vacuidade do argumento permitiria concluir que não passa de mercadologia oca, pura ideologia farmacêutica, cantando as virtudes do produto que vende, em nada diferente da estratégia dos fabricantes de xampu, detergente etc.[71] O termo ideologia deve aqui ser entendido, como afirma Philippe Sollers, como "um discurso propagandista que se exerce em função de tal ou qual crença ou de tal ou qual filosofia", e que comporta jogos imediatos de poder (Sollers & Fumaroli, 1994). Traduzindo: trata-se de um discurso que denegando sua dimensão de teoria e sua natureza de jogos de linguagem, pretende, assumindo o jargão da ciência, exercitar seu poder (dela, a ciência).

Se distinguirmos a experiência do experimento (distinção legítima), poder-se-á proveitosamente considerar que, mais do que advinda da experiência científica, o que a ideologia farmacêutica oferece são experimentos de laboratório. E um experimento medicamentoso não deve ser linear e diretamente tomado como uma experiência científica. Mas é daí que advém a pressa! Ela cumpre a função de entreter os agentes (e os objetos) da pesquisa, tanto os técnicos quanto os pacientes, numa crença que é parte orgânica do experimento, mas não entra nos protocolos da pesquisa, o que numa criteriosa avaliação de uma ciência digna deste nome, serviria para comprometê-la.

Quais os objetivos da terapêutica? A produção de paliativos objetivos e subjetivos para aplacar o mal de viver dos sujeitos que a ela se dirigem. É lícito que os sujeitos que buscam uma terapêutica queiram ir melhor em suas vidas, e, portanto, toda demanda é legítima. O que está em discussão é a partir de que posição responder a esse anseio. A revisão histórica que empreendi demonstra que a psiquiatria modificou a posição desde a qual responde a essas demandas. O discurso que agora critico omite a mudança radical que se operou na própria base clínica sobre a qual ele se funda, com

[71] A comparação entre xampus, detergentes e medicamentos não é minha. Tomo-a de um psicofarmacologista preocupado com a ciência e desencantado com a propaganda, que faz seus comentários tendo os diazepínicos no ponto de mira; mas o que diz vale também para o que me interessa. "As indústrias farmacêuticas fabricantes das benzodiazepinas brigam pelos consumidores tal como os fabricantes de detergentes pela preferência das donas de casa, cada um estridentemente proclamando vantagens sobre o produto fabricado pelos seus competidores. Mas os consumidores são aí colocados diante de uma falsa escolha, uma vez que todos os produtos são basicamente semelhantes" (Tyrer, 1980:149).

importantes repercussões no que tange à terapêutica. Se a intervenção incide sobre a essência que ocasiona um determinado transtorno ou sobre um efeito subjetivo que esse acarreta, eis o que está em questão: a velha discussão sobre a causa. Formulada com todas as letras, nada mais é do que saber se um tratamento é causal, ou puramente cosmético ou sintomático. No entanto, a discussão psiquiátrica contemporânea dá a impressão de ter deixado de lado a indagação sobre a causa e sobre a clínica dos fenômenos que trata. Esse abandono pode ser captado através da comparação entre duas bulas de medicamentos utilizados com finalidades antidepressivas. A primeira afirma, na primeira frase do primeiro parágrafo, o seguinte:

> *O {nome de fantasia da droga – nfd} exerce uma ação eletiva sobre as depressões, atua à base do processo patológico e transforma radicalmente a distimia. Dissipa de maneira notável as depressões de qualquer intensidade, mesmo as não diagnosticadas. Os sintomas orgânicos melhoram ao mesmo tempo.....*[72]

Já a segunda, também na primeira frase do primeiro parágrafo, declara:

> *O {nfd} contém em sua fórmula uma substância, {nome da substância}, capaz de combater a depressão, porém, não elimina as causas a ela associadas. O {nfd} promove a melhora do humor, da exaustão, da falta de iniciativa e da dificuldade de concentração. Na maioria dos casos, esses efeitos já são notados na primeira semana do tratamento. Embora {nfd} não apresente propriedades sedativas, melhora a qualidade do sono em poucos dias. {Nfd} não afeta a capacidade de atenção.*[73]

A bula da primeira substância garante eficácia sobre os mais diversos tipos nosológicos de depressão, mesma garantia que oferece a segunda. Agora, curiosamente, a primeira substância argumenta que sua eficácia adviria da ação que teria sobre a base do processo patológico, enquanto a segunda enfatiza que sua ação não toca no que seria a essência do processo.

Além dos 30 anos que separam a introdução dessas duas substâncias no mercado, o que mais se encontra em jogo? O que sustenta essa mudança de discurso? Tal pergunta visa elucidar não a atitude com a qual cada profissional investe seus atos nem a intenção de seus gestos, mas sim a transformação do campo de práticas em que consiste a clínica, transformação plena de conseqüências e acerca das quais temos hoje – mais de 40 anos após a síntese do primeiro fármaco com as características químicas que vieram a definir o grupo dos antidepressivos – condições de

---

[72] Ciba-Geigy. Tofranil 25®

[73] Roche. Aurorix®

observação privilegiadas. Observe-se que tal modificação transforma não apenas a razão desde a qual se utiliza um medicamento, mas, também, em função desta, o universo de pessoas aptas a recebê-lo, que passa a ser extensível ao infinito.

Terapêutica da Depressão: questões de método

A orientação psiquiátrica acerca do tratamento farmacológico dos estados depressivos é ambígua, assistemática e variável, ao sabor das idiossincrasias regionais, teóricas, da época etc. Em certos lugares medica-se muito; em outros, nem tanto. O poder de sedução que o discurso propagandístico exerce sobre alguns clínicos não deve ser minimizado. Os mais encantados contemplam seus pacientes com promessas de curas mirabolantes; outros temperam sua crença nessas moléculas com um certo ceticismo ou algum contraponto conceitual, o que tem efeito moderador da prescrição. De forma mais isenta cientificamente e menos idiossincrática, como se deve proceder? Depende de onde se irá buscar orientação. A indústria farmacêutica, evidentemente, se interessa em universalizar o uso destas drogas, atropelando quaisquer barreiras impostas por fronteiras nosológicas, critérios clínicos ou avaliações mais precisas do quadro sintomático, e tem conseguido expandir o mercado, incluindo o terreno dos padecimentos infantis – crianças medicadas com antidepressivos passou a ser tão corriqueiro que a revista *Time* lhe dedica reportagem de capa.[74] Mas não se minimize o risco. O discurso calcado na estratégia de remoção química da queixa é perfeitamente sedutor, e pleno de conseqüências iatrogênicas. Pode-se visualizá-las através de uma analogia com uma prática terapêutica distante do campo psiquiátrico.

Suponha-se um dentista que imbuído da ideologia de fazer o bem pelos seus pacientes encontra na dor de dente o mal a afastar, na cárie sua causa, na obturação desta o alívio rápido, seguro e eficaz que pode oferecer aos seus pacientes. O incômodo que esta terapêutica possui - a dor que ocasiona - é minimizado, de modo seguro, rápido e eficaz, por meio de anestesia. A eficiência do método, aliada a sua comodidade, leva esse profissional a privilegiar tais medidas em relação às sempre trabalhosas e demoradas práticas de educação sanitária ou higiene bucal. A estratégia psiquiátrica de remoção química da queixa representa, na cronificação que induz e na intoxicação que fomenta, a produção de desdentados psíquicos,

---

[74] Intitulada 'Young and bipolar', de 19 de agosto de 2002.

iludidos toxicamente na felicidade de uma prótese.[75] Razão pela qual o uso de drogas antidepressivas deveria ser evitado nesses casos onde o essencial do quadro clínico reside na queixa de depressão, e, particularmente, em crianças.

Seriam esses resultados produzidos pelo mau uso da metodologia existente? É uma questão que atormenta os envolvidos com estas pesquisas, na medida em que os pega sem instrumentos conceituais para fazer frente ao estremecimento que ela poderia ocasionar. É compreensível que os psiquiatras mais sensatos abracem essa hipótese, confortável porque permite limpar o campo dos seus evidentes exageros ao mesmo tempo em que mantém o essencial do dispositivo de pesquisa intocado,[76] o que é muito pouco.

As distinções nosológicas que operamos não podem ficar presas a uma concepção essencialista da clínica. O que uma palavra vale está na dependência do valor designativo que ela pode obter nas oposições conceituais que forma com termos contrários, complementares, recíprocos, antinômicos etc., e dos jogos de linguagem dos quais participa. Não há por que absolutizar um termo, seja ele qual for. Isso é fundamental na clínica, onde o valor das categorias diagnósticas reside na propriedade das oposições que as fundam e na pertinência das articulações que permite estabelecer. Ao mesmo tempo, não podem ser esquecidas as delimitações fundamentais do campo freudiano. Neurose, psicose e perversão não são essências, mas posições subjetivas, estruturais, existenciais.

Tais posições têm uma inércia, cujo peso não é descartável, mas não uma imobilidade. O fundamental é tomarem-se tais considerações para intervir terapeuticamente, e não para fazer uma clínica da observação e catalogação do observado. Não há dúvida de que, para que se tenha segurança

---

[75] A aposta que a indústria farmacêutica faz, através de depoimentos pseudo-científicos, nesta felicidade protética pode ser verificada em KRAMER (1994).

[76] "Eu diria que o *mau uso* dos métodos de ensaio clínico e estatístico contribuiu significativamente para isso, quando se perdeu o rigor na seleção das indicações e se privilegiaram análises de escores em vez do contraste dos índices de remissão completa da sintomatologia. HEALY (1990) apud GENTIL (1991) salienta os malefícios advindos do mau uso da escala de Hamilton que permitiram a introdução de drogas com ação sobre sintomas ansiosos nela incluídos como se fossem antidepressivos. A longa lista de 'pseudo-antidepressivos' assim lançados inclui sulpiride, alprazolam, trazodona, mianserina, amoxapina, entre outras" (GENTIL, 1991). As publicações engajadas nessa seara cada dia mais parecem acordar, embora de maneira ainda tímida, para os problemas que dessa bagunça nosológica e desse equívoco metodológico podem advir. Vide EDITORIAL, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (1993b).

e firmeza no tratamento desses casos, é preciso um profundo conhecimento da intimidade da síndrome depressiva, e um referencial conceitual que permita àquele que trata suportá-la discursivamente, o que contrasta com a demanda da maior parte desses pacientes. Agora, existe um bom uso destes métodos? Aqui seria preciso não confundir a investigação sobre o uso de fármacos na clínica psiquiátrica com o princípio da razão depressiva. Nem toda a pesquisa psicofarmacológica se rege por ele. Também, não se confunda a razão depressiva com o obscurantismo. Ela, na verdade, é uma decadência utilitarista da razão. Minha tarefa – a justificativa de empreender uma crítica da razão depressiva – é reposicionar a razão clínica e reintroduzir, na questão da conceitualização e do tratamento da depressão, a clínica, o sujeito e, conseqüentemente, a ética.

A título de ilustração, compare-se a urgência afobada do discurso e da prática de remoção química da queixa com a atitude de um clínico tarimbado, pesquisador 'de mão cheia', um criador:

> *Eu tive o tempo de aprender muito acerca disto durante os vinte e cinco primeiros anos de minha prática pediátrica, em uma época onde, seguramente, nós tínhamos o hábito de dar um, dois, ou três frascos de alguma coisa, ou comprimidos, a cada paciente. Finalmente eu deixei passar tudo isto, ao mesmo tempo que as prescrições. O que implicou, naturalmente, que estabelecesse uma outra relação, bem mais pessoal, com os pacientes, e que perdesse, ao mesmo tempo, a via rápida para a felicidade ou a psicoterapia. Paralelamente, adquiri uma melhor inteligência e uma compreensão crescente (...). Eu vos dou todos estes detalhes para que você saiba que tenho consciência dos problemas que você aborda neste parágrafo sobre os medicamentos, e sei bem a importância particular de uma demanda de medicamentos psiquiátricos sob a forma de tranqüilizantes, de poções para dormir, de antidepressivos e de produtos que são supostos curar a esquizofrenia.* (Winnicott, 1989:253, carta de 8 de maio de 1969).[77]

Examinarei agora o segundo desdobramento da modernidade psiquiátrica com as pesquisas orientadas por medicamentos, que tenta extrair da ação suposta do fármaco conclusões de ordem causal. Há uma tendência em certas linhas de pesquisa de utilizar-se para esse fim, e sem que isso pareça representar um problema, da noção, comum no campo da endocrinologia, de uma 'lesão bioquímica', suposta como a base orgânica do padecimento; ao mesmo tempo, denomina-se de 'dissecção farmacológica' ao método que possibilitaria seu esclarecimento,[78] o que aparece de forma

---

[77] Acerca dessas questões pode se aprender bastante com DUPUY, & KARSENTY (1979), com DAGONET (1984) e com PIGNARRE (1999).

[28] A expressão aparece em KLEIN (1981:235).

cristalina neste trecho: “Os recentes desenvolvimentos são o resultado da nova tecnologia. É agora possível localizar função patológica por métodos outros que a visualização de mudanças estruturais e identificar a provável lesão bioquímica que não está associada com destruição celular” Heath (1976).[79] Denominação reveladora, que desnuda o preconceito que lhe dá suporte, que tem a idade da anatomoclínica: o de supor o corpo como causa. Sob essa designação, o que se faz é construir mais um ‘neuromito’, um mito neurológico, por exemplo, o de “atribuir a cada comportamento uma etiqueta clínica”, tentação assinalada por Changeux (1983) e analisada com acuidade por Percheron (1988:131). Por que se o mantém? Em nome da neuroquímica, e pela comodidade de através dele se correlacionar a ansiedade e a agressividade à adrenalina, a depressão à serotonina, e assim por diante.

Estando as neurociências hoje preocupadas em elucidar os meandros da determinação cultural do aparato neuroquímico, a insistência em manter-se esse tipo de argumentação não denotaria uma postura metodológica e epistemológica ultrapassada? Essas pesquisas cumprem a função de contraponto científico para o que os clínicos exercitarão de modo intuitivo em sua prática, o que vigora para toda a medicina e aponta para características que funcionam como constantes universais do campo médico.

Para que essas constantes fiquem claras, vejamos os termos com que Balint as concebia. Existiriam duas medicinas: uma hospitalar, científica; outra intuitiva, menos rigorosa cientificamente; esta seria mais suscetível a influências do tipo que a propaganda induz.[80] Isto, que norteava o entendimento de Balint mais de 30 anos atrás, em alguns locais ainda vigora. Mas há que acrescentar que todas as práticas são suscetíveis à influência da época, do mercado, das crenças, mentalidades e jogos de linguagem que influenciam o uso de determinadas técnicas e instrumentos, peculiaridade correlata do fato de que a medicina tem um apoio conceitual na ciência, que forclui o sujeito, que é quem vai demandar ao médico pelos seus cuidados (e também pelos seus instrumentos, técnicas, equipamentos, nome, prestígio). Daí a importância dessas pesquisas. Elas configuram experimentos que oferecem para o campo psiquiátrico um simulacro de rigor, exatidão e especificidade conceitual que servirá para dar consistência a um paradigma com feição científica para a psiquiatria, o qual servirá de referência técnica, supostamente neutra e objetiva, para o comportamento que os clínicos irão automática ou intuitivamente adotar.

[79] Vide ainda Klein (1973, 1989).

[80] Vide Balint & Balint (1970).

Toda essa discussão traz a marca do *parti pris* não explicitado que delimita seu contorno e alcance, referido à questão metodológica e epistemológica mencionada desde as primeiras páginas deste livro. Pois, de fato, uma comparação que privilegia resultados parciais e desconsidera o contexto e o conjunto clínico onde eles se manifestam efetivamente não esclarece acerca do que deveria ser uma terapêutica desses transtornos. O processo terapêutico, seja ele qual for, não pode – sob o risco de pôr a perder o rumo da discussão – pretender apenas recuperar uma função ou aspecto particular comprometido por uma doença. Obrigatoriamente haverá que se levar em conta que a atividade terapêutica incita a uma reorganização global que transcende em muito uma função isolada, isto sem comentar o impacto que a transferência tem sobre a produção sintomática. O dispositivo psicanalítico permite encarar o sintoma como produzido na transferência, e não como algo acabado, um produto a ser observado, um objeto a ser diagnosticado e tratado ou removido.

Além disso, e detendo-me na questão nosológica apenas, considere-se que um pensamento classificatório (seja o do DSM-III, III-R, IV, o da CID 10 ou qualquer outro), fundado na enumeração linear de categorias observáveis no comportamento do paciente, não pode captar as distâncias existentes entre comportamentos por vezes semelhantes, nem as semelhanças existentes entre comportamentos eventualmente muito diferentes na sua feição fenomênica. Isso faz parte do cotidiano da tarefa clínica, estando na raiz da noção freudiana de que a neurose é mista, fato que não impediu Freud de isolar, especificar e detalhar seus elementos constitutivos (Freud, 1894).

Essa peculiaridade da clínica, que se traduz numa exigência metodológica que permita dialetizá-la, se apresenta mesmo num nível de argumentação exterior ao campo analítico, e não escapou aos clássicos da psiquiatria. Aliás, essa exigência se manifesta na clínica médica a mais cotidiana, conforme pode ser captado nesta citação de Séglas, verdadeira aula de bom senso clínico:

> *Ao lado dos casos típicos, existem em todos os ramos da patologia os casos frustros ou atenuados que não anulam por isto a existência dos primeiros. Quando vocês têm que diagnosticar um bócio exoftálmico, vocês não exigem que o doente apresente todos os signos da série de Basedow. Deveríamos, portanto, recusar a reconhecer um caso de delírio de negações melancólico sob o pretexto de que a síndrome de Cotard não é sempre completamente representada?* (Séglas, 1895:479)

Qual a veracidade dos argumentos que sonham com uma especificidade na ação do fármaco sobre o que seria a causa material do quadro clínico que se quer tratar? Nada demonstra melhor sua falácia que as próprias noções com as quais eles são defendidos. Veja-se, sob uma visão crítica, o caso com os neurolépticos. É verdade que eles oferecem um recurso de alto valor e de comprovada eficácia para o controle da sintomatologia de agitação psicomotora e delirante/alucinatória aguda. Mas não mudam o curso crônico da doença esquizofrênica, nem alteram a estrutura de personalidade que a sustenta – o que é suficiente para demonstrar que a base do problema permaneceu intocada, e põe abaixo a veracidade dos argumentos que pretendem erigir as drogas neurolépticas em medicamentos especificamente antipsicóticos, permitindo, assim, verificar como é abusiva e favorecedora de equívocos essa denominação, visto que um tratamento da psicose só é possível a partir da delimitação clara daquilo que constitui sua essência, o cerne, não podendo sua discussão, sob nenhuma hipótese, se resumir ao uso, ou não, de um fármaco com ação alucinolítica. Que esse fármaco ajude a conter a agitação de algum paciente, efeito bem-vindo em numerosas ocasiões, nada ensina sobre a psicose. Por essa razão, tomar-se esse efeito como uma função antipsicótica apenas reforça um paradigma que vê na química a causa do sujeito. E, assim, camufla o real problema teórico, clínico, terapêutico, humano enfim, que a psicose representa.

A discussão nosológica desse modo encaminhada tem duplo efeito. Primeiro, quanto mais se avança na especificação nosológica dos transtornos depressivos, mais claramente aparecem as impropriedades aqui criticadas; como conseqüência, diminui o encantamento com que se olha para os medicamentos antidepressivos e altera o próprio lugar em que se inscreve a discussão nosológica. O efeito positivo dessa discussão passa a ser não a categorização sistemática de entidades clínicas, mas sim a produção de elementos semiológicos que ajudem no tratamento destes pacientes. Assim reconfigurada, torna-se mais fácil verificar que não é a nosologia em si o que importa, mas o que dela se pode extrair em termos da construção de um caminho de cura. Mais ainda, discernir os meandros nosológicos do padecimento depressivo-melancólico deve servir para que se possa avançar em direção à experiência da análise, sempre complicada com esses pacientes.

Como ensina Freud (1910) em *Análise Selvagem*, uma pessoa queixosa de angústia não está por esta razão necessariamente sofrendo de neurose de angústia, o mesmo vigorando para o que nos interessa: uma pessoa

queixando-se de depressão não estará por esta razão necessariamente sofrendo de melancolia ou de alguma desordem depressiva. Esse é o valor das distinções nosográficas; aqui, porém, ele não tem o mesmo sentido que teria numa elucidação médica ou psiquiátrica, uma vez que aponta não para uma entidade que seria seu referente, mas para os impasses de uma individualidade na produção de seus processos de subjetivação – detalhe fundamental na medida em que, para o estabelecimento do dispositivo terapêutico da psicanálise, o primeiro passo será o de afastar um referente que funcione a título de causa do sofrimento daquele que busca a análise. A experiência demonstra que sem uma abalizada sustentação clínica e semiológica tais distinções são desconsideradas, ou terminam por serem feitas com base no preconceito psicologista. Por essa razão, uma vez que a nosografia contemporânea não tem a luminosidade necessária, saem as categorias diagnósticas da clínica do medicamento, entram as categorias freudianas. Ou melhor, não se trata de trocar uma pela outra, e, menos ainda, de manter uma e outra, mas de empreendendo a desconstrução dessas figuras nosológicas, verificar a propriedade do argumento freudiano, uma vez que dos escombros do que foi desconstruído podem emergir com mais limpidez as categorias que ele elaborou.

Desse modo, superadas as limitações da nosografia, aparece o lugar onde as categorias freudianas se fazem necessárias, e a análise se torna possível. Isso é a realização, em ato, da ruptura que a psicanálise representa para com a psiquiatria, o que deve ser feito sem desconsiderar que o critério nosológico não pode pura e simplesmente ser deixado de lado, tendo em vista que a diferença entre a neurose e a psicose encontra no campo da psicanálise uma consistência muito maior que aquela que a nosologia confere a ela. São diferentes posições do sujeito, não se resumindo a diferenças psicopatológicas. Com isso, tais distinções ganham novo sentido, em vez de deixarem de tê-lo, como freqüentemente se conclui num debate apressado, às vezes calcado no referencial psicanalítico, sobre essas questões. Reconheça-se em Pierre Fédida lucidez e coragem de sustentar tais posições num momento (1977) e num contexto (Paris) onde o discurso hegemônico não lhe reconhecia pertinência: “No projeto legítimo de uma nosografia psicanalítica coerente, devemos estar atentos às condições para trazer à lembrança certas noções caídas em desuso ou abandonadas. Cf. a noção de melancolia para Freud; cf. aquelas de nostalgia, de amência, de monomania e de lipemania...” (Fédida, 1977). E a ousadia de conservá-las 25 anos depois (Fédida, 2002, particularmente capítulo 11).

4

Melancolia e Depressão na Psicanálise

Que elementos conceituais, clínicos e metodológicos a psicanálise inaugura no campo de estudos sobre a depressão? Como os conceitos que organizam o referencial psicanalítico podem aqui ajudar?

Embora o conceito de depressão seja de origem médica e não exista na nosologia freudiana uma categoria específica para abarcá-la, as descobertas trazidas pela investigação psicanalítica desses transtornos e a leitura acurada da obra de Freud fornecem um conjunto de distinções potencialmente capazes de permitir situar em bases mais consistentes o que vim criticando. Com essa finalidade examinarei a contribuição freudiana cotejando-a com os estudos, de grande riqueza clínica, realizados por Karl Abraham e Melanie Klein. O campo clínico e conceitual assim demarcado servirá como a base a partir da qual indagarei através de alguns conceitos introduzidos por Jacques Lacan as problemáticas questões em exame. A fecundidade das noções desde aí incluídas fará com que sirvam de balizas para um outro entendimento, mais consistente, do tema.

Freud

Que lugar Freud atribui à depressão em sua obra? Há alguma continuidade entre o estudo que faz e o que define a psiquiatria de sua época? Os grupos categoriais que Freud estabelece para pensar a clínica são os mesmos que a psiquiatria do fim do século XIX, começo do XX utiliza, o que pode permitir um interessante contraponto. Neste sentido, a psicanálise é tributária da clínica clássica. Mas como Freud é um inovador até mesmo

dentro do campo propriamente psiquiátrico, traz para este diversas contribuições, por exemplo, estabelecendo novos elementos conceituais e novas maneiras de formular e entender em que consistem as categorias nosológicas da psiquiatria, incluindo novos jogos de linguagem.

Assim, rompendo com a tradição e com o que a aparelhagem mental da época pensava acerca dos fenômenos psicopatológicos, Freud encara a histeria como produto não de uma degeneração (figura explicativa introduzida na psicopatologia por Morel entre 1839 e 1857),[81] mas de um conflito psíquico, concepção que permite ver os jogos de linguagem inaugurando novos jogos de verdade. Desde então, a subjetividade é colocada em questão na histeria. Diversos outros exemplos existem. Freud interveio diretamente em boa parte dos debates que definiram os rumos que a discussão psicopatológica tomaria na primeira metade do século XX, seja circunscrevendo e delimitando algumas das categorias que fundam nossa percepção do campo clínico, seja subsidiando-nos acerca de como traduzir teoricamente o que na clínica se manifesta empiricamente. No primeiro caso, estão duas categorias diagnósticas, a neurose de angústia e a neurose obsessiva, fruto da pena freudiana. No segundo, inscrevem-se o conhecimento minucioso da neurose, sobretudo a histérica, a qual era concebida como o reino da simulação ou da hereditariedade degenerada, e também uma teoria sobre a psicose, que antes de Freud era um oco teórico. Não seria preciso acrescentar o estudo que faz das perversões, que não só modifica nossa apreensão deste segmento da psicopatologia, mas também altera a concepção que se veio a ter da sexualidade humana (e, por extensão, da sociedade, sublinhando a perversão e o masoquismo como característica radical do social, dimensão que a atualidade torna reluzente).

Na primeira década do século XX, a psicanálise trava com a psiquiatria um debate que coloca Freud de um lado e Bleuler e Kraepelin, de outro. Que nome, discutia-se, deveria suceder à demência precoce, termo cunhado por Kraepelin. Bleuler inventou para este fim um neologismo: esquizofrenia. Freud propunha parafrenia.[82] Mas apenas aparentemente a disputa se centrava na escolha de um novo nome para a síndrome inicialmente estudada por Kraepelin. Os nomes escondiam conceitos, estes apontavam para

---

[81] A definição de degeneração em MOREL (1857): "São desvios mórbidos do tipo humano normal, hereditariamente transmissíveis e sujeitos a evolução progressiva para a decadência".

[82] Sobre esta questão, vide FREUD (1911), em particular o capítulo III, p.69 e seguintes.

diferentes visões da clínica e do funcionamento do psiquismo. Não é o caso aqui de reconstituir esse debate; apenas o menciono para afirmar que, no que se discute atualmente sob o rótulo depressão, a mesma questão se apresenta no subterrâneo da polêmica. Reduzi-la a um problema terminológico seria não ver o que se passa.

Freud, assim, participa ativamente de todos os debates que contribuíram para definir o perfil da clínica contemporânea. É, portanto, chamativo que não exista na nosologia freudiana a categoria depressão. A utilização freudiana desse termo se prende a duas acepções: uma referida à noção mecanicista da depressão como uma queda, um decréscimo numa função psíquica qualquer, queda atribuída a uma insuficiência da libidinização, uma baixa no fator quantitativo, o "fator *Qn*" do *Projeto* (Freud, 1895), e outra, quando relacionada a um estado de sofrimento psíquico, uso que se aproxima do que hoje coloquialmente se faz. Poucas são, no entanto, as ocasiões em que Freud o utiliza; em 'Luto e melancolia', por exemplo, apenas duas (Freud, 1917:251). Já a psicanálise pós-freudiana utiliza-o farta e generosamente, nem sempre com o rigor necessário.

No entanto, Freud fala em melancolia, e, o que é importante, na melancolia tal qual Kraepelin circunscreveu. O uso que faz do termo, no entanto, por vezes abarca aspectos clínicos que estão além da melancolia kraepeliniana, incluindo-a, mas incluindo também um campo de padecimentos maior, mais vasto. O editor da *Standard Edition*, James Strachey, diz que Freud usa o termo melancolia quando quer se referir ao que "agora [quando o texto foi escrito] em geral se descreve como estados de depressão" (Strachey, 1957:238), afirmação rápida demais, que contribui para homogeneizar a questão, desconsiderando diferenças que poderiam mostrar-se importantes, e para favorecer uma leitura produtora de equívocos (onde está melancolia, leia-se depressão, por exemplo).

Freud estuda a melancolia, esclarece o processo do luto, investiga os padecimentos depressivos apresentados por inúmeros de seus pacientes, chega a se reconhecer em dado momento como deprimido,[83] mas não funda o que

[83] Em diversas ocasiões ao longo de sua vida, Freud relata vivências depressivas. Após ler as provas tipográficas de *O Ego e o Id*, por exemplo, desalentado, considerando o resultado obscuro e desagradável, declara a Ferenczi (segundo Gay, 1988:376) ter mergulhado em sua "conhecida depressão". É curioso, portanto, e ajuda a ilustrar a complexidade que quero destacar, verificar que ao enfrentar uma perda mais intensa, quando da morte de seu neto, escreve ao mesmo Ferenczi dizendo: "Nunca tive uma depressão antes; agora deve ser uma" (Gay, 1988:386).

propriamente falando se poderia denominar de 'estrutura depressiva'. Do mesmo modo, não se registra em sua obra a presença de algo que nomeie 'neurose depressiva'. Conclusão: a depressão não é uma das estruturas freudianas. Mas a sintomatologia depressiva que atualmente leva psiquiatras e psicanalistas a diagnosticar assim um caso específico era de aparição freqüente na clientela que atendia. Basta ler com cuidado suas observações clínicas para se ter desse fato a mais flagrante evidência. E o importante é que essa sintomatologia, por mais intensa que fosse, não o levava a esse diagnóstico, e, muitas vezes, nem ao de melancolia, contrariamente ao que afirma Strachey. Veja-se o caso do Homem dos Lobos, que, antes de chegar a Freud, consultou diversos psiquiatras, Kraepelin inclusive, que parece tê-lo considerado um caso de insanidade maníaco-depressiva.[84] Ou este fragmento de sua 'Interpretação dos sonhos', onde faz a seguinte observação após comentar um sonho da paciente: "Seus sintomas histéricos acompanhantes eram amenorréia e grande depressão (que era o principal sintoma dessa paciente)" (Freud, 1900:336).

O raciocínio clínico-diagnóstico que Freud faz talvez não fosse possível a boa parte dos analistas e psiquiatras contemporâneos. Ele pode, no entanto, e no que diz respeito estritamente à leitura clínico-nosológica, ser pensado a partir das categorias da clínica clássica, o que permite uma dupla conclusão. A primeira, relacionada ao fato de não mais vigorar, tanto na psiquiatria quanto numa parcela dos seguidores da obra freudiana, um raciocínio como o dele, o que decorre de um certo automatismo mental que a homogeneização das categorias diagnósticas da psiquiatria em torno de grupos de fármacos produz. Nela impera a assimilação do que é designado depressão ao campo da melancolia, como se aí houvesse um campo único. Mostrei que, no horizonte dessa assimilação, está a suposta eficácia de um grupo de fármacos sobre esses transtornos, com o efeito, na discussão clínica e no meio social, de direcionar clínicos e pacientes a um *modus operandi* inteiramente guiado pelo fármaco. A segunda conclusão é que, dada a falência da psiquiatria moderna em sustentar um discurso coerente e extrair conseqüências do saber da clínica clássica, a psicanálise aparece então como legítima herdeira desse saber e da tarefa clínica que ele permite operar.

É, portanto, tomando-se por base a definição kraepeliniana de melancolia que Freud (1917:241) faz seus comentários, e o referencial psiquiátrico, embora considerado vacilante, é usado como ponto de partida

[84] Vide Freud (1918:10) e Jones (1953), para detalhes acerca do início do tratamento.

para suas teorizações nesse campo, o que é muito diferente do que acontece em outros capítulos da psicopatologia, o das perversões sexuais, por exemplo, onde sua leitura põe abaixo o trabalho de seus predecessores.[85] Abordada como tema de investigação em diversos momentos de sua obra, a melancolia é, no entanto, encarada com humildade por Freud, que, próximo ao fim de sua vida, dizia conhecer "quase nada" de sua causa e de seu mecanismo (Freud, 1932:56). Essa afirmação deve servir como alerta da complexidade que ela representa, complexidade que terei que perguntar em que medida é partilhada com os outros tipos de padecimento depressivos.

O Entendimento Freudiano sobre a Melancolia

É em contraponto com o luto que Freud aborda a melancolia. Em 'Luto e melancolia', texto escrito imediatamente após a Primeira Guerra Mundial e publicado em 1917 na coletânea reunida sob o título geral de *Metapsicologia*, destinada a servir como o supra-sumo da coerência teórica do sistema conceitual por ele produzido,[86] Freud estabelece a definição que iria se tornar clássica na circunscrição do lugar ocupado por este distúrbio no campo psicanalítico, bem como de seu estatuto clínico. Recordemos o que Freud ensina: o luto é uma exigência da realidade, na medida em que esta aponta para o fato de que o objeto de amor não mais existe como tal. Essa constatação instala a necessidade do luto. O Eu do sujeito tem que se defrontar com o que a realidade impõe, que o outro já não mais existe, seja como objeto de amor, seja como vivente. Ignorá-lo implicaria uma quebra no sentido da realidade, e a conseqüente entrada na psicose; aceitá-lo parece quase impossível. É o que coloca a necessidade de uma mediação, uma metabolização psíquica desta perda, o que faz o trabalho do luto (Freud, 1917:242). Esse conceito inaugura no campo dos estudos sobre o luto uma observação até então não destacada, que o aborda não como algo que se dá à revelia do sujeito, mas como um processo que ele tem que levar adiante, um trabalho por fazer.

A depressão que se verifica existir no enlutado não é para Freud um sintoma, uma formação de compromisso no sentido clássico conferido a esta expressão (efeito de um recalque, representa uma satisfação substitutiva, implica um trabalho de metaforização etc.), mas um efeito egóico do

---

[85] Ver neste sentido o primeiro dos 'Tres Ensayos de teoría sexual' (Freud, 1905).

[86] Dos 12 ensaios escritos para compor essa coletânea, apenas cinco são publicados; os outros se extraviam. Um sexto, 'Visão de conjunto sobre as neuroses de transferência', é encontrado em 1985 e em seguida publicado (Freud, 1915c). Acerca deste escrito, de complexa e difícil leitura, vide Birman (1993), onde a dificuldade é cuidadosamente depurada e esclarecida.

processo de luto. O que a caracteriza é o desinvestimento da realidade que acompanha o sujeito enlutado, expressando "uma exclusiva devoção ao luto, devoção que nada deixa a outros propósitos ou a outros interesses". É com base na categoria de inibição que Freud a estuda. "A inibição e a falta de interesse se esclarecem totalmente pelo trabalho do luto que absorvia o ego" (Freud, 1917:243).

A idéia freudiana de que o luto envolve um trabalho aponta para alguns aspectos fundamentais: em primeiro lugar, a 'atividade' que envolve, por mais que o enlutado possa parecer passivo e retraído.[87] Em conseqüência, e por razões de economia libidinal, o investimento do mundo externo que é capaz de fazer diminui sensivelmente, surgindo o empobrecimento egóico, que parece ainda maior na medida do sobreinvestimento que o enlutado faz do objeto perdido. Esta fase de idealização do objeto perdido precede seu desinvestimento. O luto é então um trabalho, doloroso trabalho de reconhecer que o objeto não mais está disponível como objeto de amor.[88] Mas não basta reconhecer que o objeto falta. Para que se concretize o trabalho do luto, Freud agrega, será necessário desfazer todos, e um por um, os laços libidinais que o prendiam ao objeto perdido. Essa é a razão do tempo que demanda para ser efetivado. Trata-se, portanto, para o sujeito enlutado de uma dupla tarefa, a de reconhecer ter perdido alguém que amava, primeiro, e que nesta perda ele perde também algo que estava neste alguém (Freud, 1917:243).

O conceito do luto implicando um trabalho permite ainda a Freud apontar para uma importante possibilidade: a desse trabalho fracassar. Em um primeiro momento, o luto é uma forma de não perder o objeto perdido, incorporando-o. A manutenção desse estado redunda num estado patológico – luto patológico – que, admite Freud, poderia ser considerado a base do padecimento melancólico. Fenomenologicamente, no luto patológico, o indivíduo se considera culpado da morte, nega-a, julga-se influenciado pelo defunto ou possesso dele, atingido pela doença que lhe causou a morte etc., conflito que passa para o primeiro plano – o enlutado colocando-se no lugar do objeto perdido e voltando contra si as hostilidades a ele dirigidas. Por que isso acontece? Aqui é preciso fazer uma distinção clínica. Os estados obsessivos de depressão que se seguem à morte de uma pessoa amada evidenciam para Freud a força que pode alcançar o conflito devido à

---

[87] A este respeito, e para o que segue, ver LAPLANCHE & PONTALIS (1970:662, verbete 'Trabalho do luto'), PONTALIS (1991), LAGACHE (1938a) e LAGACHE (1938b).

[88] FREUD (1917:243) sublinha a dor, "a imensa dor do sujeito enlutado".

ambivalência. Mas a melancolia apresenta, com relação a essas auto-recriminações obsessivas, algumas diferenças. Em primeiro lugar, nela, a ambivalência relativa ao objeto é de natureza inconsciente; em segundo, o melancólico assume a culpa de que se acusa. Um obsessivo também se sente culpado, mas não aceita a culpa como sua; no melancólico, esta atinge o núcleo do seu ser. Baseando-se nessa ocorrência Freud lança a idéia de uma instância crítica, que observa, julga e recrimina o ego, ousado passo teórico que, de um fenômeno psicológico e afetivo – a censura, a culpa –, avança para a formulação de um conceito que irá ganhar a dignidade de uma instância psíquica, o superego.

A argumentação freudiana acerca do superego desenvolve-se a partir de 1914, quando a noção prenunciada no texto sobre o narcisismo (Freud, 1914) é sucessivamente retrabalhada em 1917, em 'Luto e melancolia', e em 1921, no ensaio sobre 'A psicologia das massas' (Freud, 1921), e, particularmente, em 1923, em 'O ego e o id', onde é formalmente estabelecida e confrontada com a segunda teoria pulsional (Freud, 1923) e no texto fundamental sobre tudo isso, 'O mal-estar na cultura' (Freud, 1930). Trata-se de um conceito que encontra eco em noções diversas (a de censura, a primeira delas), presentes na obra de Freud desde o começo. As particularidades da tematização freudiana sobre o superego, no entanto, fazem com que somente após o que foi introduzido por Melanie Klein e Lacan, tenhamos condições de extrair dela a riqueza explicativa que possui. Por essa razão, examinarei aqui as questões que trouxeram para Freud a necessidade de inseri-la, deixando seu detalhamento para depois da abordagem das contribuições desses seus seguidores.

O que até aqui fica claro é que a melancolia representaria um trabalho do luto que não avança, um luto patológico no seu mais alto grau. As razões para que isso aconteça, ou seja, o que se poderia considerar a 'causa' da melancolia foi o que sempre representou um enigma para Freud. Em resposta a essa questão, ele produz a idéia de que o que marca distintivamente a melancolia é a perturbação do sentimento de si, que falta no luto (Freud, 1930). O rebaixamento geral do sentimento de si mesmo que Freud vê no melancólico manifesta-se através das reprovações as mais variadas e absurdas que ele direciona para si. Esse rebaixamento o leva a concluir que a melancolia refere-se a uma perda concernente ao Eu, que passa a não mais ser objeto de amor e estima. Desse modo, a melancolia está relacionada ao narcisismo. Aqui é preciso distinguir os diversos registros, presentes tanto no que diz respeito ao conceito de narcisismo quanto no que se refere à tematização

freudiana do ego. Freud entende que na melancolia é o ego que se vê ameaçado pela perda, o que não ocorre no luto. Esse aspecto leva-o a supor que os laços que prendiam o sujeito ao objeto seriam um vínculo objetal, mas um vínculo objetal peculiar e contraditório, que, ao mesmo tempo em que mostra uma forte fixação ao objeto libidinal, revela uma fraca ligação ao objeto enquanto oposto ao sujeito. Essa contradição indica para Freud o caminho que a solucionará: o laço que prende o sujeito ao objeto é de natureza narcísica. E não apenas isso, o que o sujeito perde não é um objeto qualquer, mas sim um objeto cuja função era a de completar o ego, torná-lo inteiro, e, desse modo, um objeto que agia como caução contra a castração.[89]

O que o melancólico ama no objeto é o seu próprio ego, engrandecido com a incorporação do objeto, o que permite entender a força, e a fraqueza, desse amor. De um lado, ele implica uma tentativa de trazer o objeto de amor (parte do mundo) para o domínio do ego, complementando-o, transformando-o em uma totalidade; de outro, ante a ruptura desse vínculo objetal, o melancólico se identifica ao objeto perdido, substituindo a libido objetal pela identificação – mas uma identificação muito peculiar, que faz com que o melancólico seja abatido pela imagem totalizada do outro que se foi. Aqui reside a especificidade da melancolia, seu traço distintivo para com a neurose. A libido que investia o objeto passa a ser dirigida ao Eu, processo que tem por efeito produzir uma divisão, e posterior subjugação, do Eu. O problema reside em saber por que alguém se identificaria no real, e não apenas imaginariamente como faz por exemplo um paciente histérico, com o objeto perdido. Esse é o enigma que resta descobrir. Tentando levá-lo adiante, Freud formula três condições como determinantes: além da 'perda do objeto' e da 'ambivalência', encontra-se na 'regressão libidinal' da escolha objetal para o narcisismo original o fator responsável pelo resultado que se produz na melancolia, hipótese que tem uma importante decorrência nosológica. A partir dela, a melancolia é enquadrada numa categoria especial, a meio caminho entre neurose e psicose. Impossibilitado de situar a melancolia dentro do esquema geral que regia seu entendimento da neurose, uma vez que o que encontra nesses casos não é um conflito entre ego e id, e ao mesmo tempo relutando considerá-la uma psicose, visto que nesta o conflito se passa entre ego e realidade externa, Freud é levado a designá-la como 'neurose narcísica', diferenciando-a assim da psicose, e localizando-a num lugar intermediário entre neurose e psicose, ponto que discutirei adiante.

---

[89] Questão bem trabalhada por Lacan no seu seminário sobre a angústia (LACAN, 1963).

Abraham

Sobre essas questões, a investigação de Abraham foi, além de pioneira, minuciosa. Ela enfatiza a teoria psicopatológica dos pontos de fixação e da regressão temporal da libido, sempre procurando encontrar nos ditos estágios do desenvolvimento psicossexual a explicação para a clínica.

> *Já dissemos* [afirma ele em 1924] *que a tendência a abandonar o objeto amoroso tem sua fonte na fixação da libido na primeira fase da etapa anal-sádica. Mas se descobrimos que o melancólico tende a abandonar essa posição em favor de outra mais primitiva, a saber o nível oral, então devemos supor que também há certos pontos de fixação em seu desenvolvimento libidinal que datam da época em que a vida instintiva estava todavia centrada principalmente na zona oral. E as observações psicanalíticas apóiam plenamente esta suposição.* (Abraham, 1924, grifo meu)[90]

A melancolia encontra, assim, suas raízes nas fases orais e anais precoces, nas quais o sujeito teria se fixado.

O modelo abrahamniano segue uma série na qual a partir de uma frustração inicial o sujeito responde expulsando o objeto e destruindo-o, realizando o modelo sádico-anal precoce no qual se fixou. A esse dano sádico segue-se a introjeção do objeto, através da qual ele é recuperado por devoração, o que constitui para Abraham (e também para Ferenczi)[91] a forma específica de identificação narcísica do melancólico. O passo seguinte, a vingança sádica contra o objeto incorporado ao ego, representa o período mais doloroso da melancolia. Devido à ambivalência, essa vingança se acompanha da conservação do objeto pelo sujeito melancólico, o conflito se estabelecendo entre as necessidades contraditórias de manter vivo o objeto e, ao mesmo tempo, destruí-lo.

Esse esquema explicativo serve para Abraham refletir sobre a ocorrência de depressão na neurose obsessiva e sua similaridade com a melancolia. O 'caráter anal' é o ponto comum entre ambas, mas as diferenças clínicas existentes exigem que Abraham opere uma subdivisão na fase sádico-anal, o que lhe possibilita pensar que na fase sádico-anal precoce, opera a oposição expulsão/destruição, enquanto na fase sádico-anal tardia vigora a oposição apropriação-retenção/dominação-controle. Esse esquema permite a Abraham explicar a ocorrência de um quadro melancólico ou neurótico obsessivo de

---

[90] O trecho citado foi traduzido a partir da edição em espanhol, *Psicoanalisis Clínico* (Abraham, 1959:341).

[91] Sobre a elucidação ferencziana desse assunto podem ser consultados, além de Ferenczi (1909), a apresentação, enormemente esclarecedora, que Joel Birman escreveu para essa edição (Birman, 1984:7-28). Vide também Torok & Abraham (1994).

acordo com o padrão anal precoce ou tardio no qual o sujeito se haveria fixado. Mas o melancólico regride além da fase anal precoce, podendo chegar à fase oral tardia, em que a incorporação total do objeto é visada.

Abraham descreve um quadro clínico que não se deve menosprezar por não encontrar lugar nas classificações contemporâneas. A "melancolia abrahamniana" (Godino Cabas, 1988) apresenta a mesma oscilação entre euforia e depressão, que desde os primórdios é tomada como clássica neste campo; mas essa oscilação não é por ele entendida como cíclica, como um ciclo da doença que se alternaria com outro, mas sim como uma ocorrência clínica que obedece às (e se modula por elas) contingências que afetam o sujeito em sua vida: "Não se pode duvidar de que um ataque de depressão melancólica é introduzido por uma decepção amorosa", diz ele.

Em seguida, enfatiza que

> *ao analisar pacientes que atravessaram vários períodos de depressão, descobrimos que cada novo ataque foi imediatamente precedido por uma experiência dessa natureza. Apenas necessito dizer que não uso a expressão decepção amorosa no sentido corrente de um amor desfeito, unicamente. Os acontecimentos que culminam na perda do objeto são freqüentemente muito mais obscuros. Só uma análise conscienciosa pode descobrir as conexões causais entre o acontecimento e a enfermidade. Tal análise demonstra invariavelmente que esse acontecimento teve um efeito patogênico porque o paciente podia considerá-lo em seu inconsciente uma repetição de uma experiência traumática infantil, e tratá-la como tal.* (Godino Cabas, 1988)

Os seguintes fatores participariam, no julgamento de Abraham, na etiologia da melancolia:

- um fator constitucional e hereditário que consiste em uma acentuação do erotismo oral e anal;
- uma especial fixação da libido no nível oral (considerado como um dos mais importantes para a aparição de uma depressão melancólica), e que se deve à inevitável frustração pulsional que o erotismo oral acentuado acarreta;
- um narcisismo infantil seriamente ferido, ocasionado por sucessivas decepções afetivas;
- que a primeira dessas decepções tenha ocorrido antes que o sujeito haja superado os desejos edípicos, e, portanto, num período em que as pulsões sádico-orais ainda dominam, o que determinará que a introjeção dos objetos materno e paterno primários, base da constituição do superego, se estabeleça em moldes sádicos e canibalísticos, como que plantando a semente da autodestruição que o sujeito carrega indomada, por não ter podido viver nesta ocasião a dor que ela acarretou;
- a repetição na vida adulta do mesmo trauma, fator considerado a causa desencadeante da melancolia.

Talvez tenha sido a partir do estabelecimento desses fatores, os quais tomados numa dimensão psicológica indicariam constantes explicativas de uma patologia específica, que se poderia evidenciar uma certa contribuição do campo psicanalítico à confusão que reina no que se estuda sobre este transtorno. Os trabalhos desenvolvidos por Melanie Klein também vieram a participar desta confusão. Vejamos como isso se deu.

Klein

É guiada pelas mãos de Ferenczi e Abraham que Melanie Klein ingressa na psicanálise, e, em um primeiro momento, sua produção teórica segue muito de perto seus ensinamentos. A partir de 1934, no entanto, ela não falará tão intensamente quanto antes nos famosos estágios, passando a se servir da noção de 'posição' ('esquizo-paranóide' e 'depressiva') por ela introduzida. O entendimento kleiniano da depressão segue uma série onde o sadismo leva à angústia paranóide que gera culpa que culmina na depressão, esta última concebida como tentativa de reparação do dano sádico inicial. Embora existam pontos frágeis nessa concepção (o inatismo talvez seja o maior deles), isso não deve servir para obscurecer a enorme contribuição que Melanie Klein inaugurou neste campo. Não apenas a depressão foi um problema clínico ao qual dedicou muito do seu estudo (e a transferência para com Abraham certamente moveu boa parte desse interesse), mas, sem exagero, poder-se-ia dizer que a doutrina kleiniana faz, a seu modo, um elogio da depressão.

Buscando marcar as diferenças entre o luto normal por um lado, e o luto patológico e estados maníaco-depressivos por outro, Melanie Klein afirma que

> *os enfermos maníaco-depressivos e os sujeitos que fracassam no trabalho do luto, ainda que as defesas possam diferir amplamente umas das outras, têm em comum o não haver sido capazes, em sua infância precoce, de estabelecer objetos internos bons e de sentir segurança em seu mundo interno. Realmente não vencem nunca a posição depressiva infantil. No luto normal, no entanto, a posição depressiva precoce que foi revivida com a perda do objeto amado se modifica mais uma vez e se vence por métodos similares aos que usou o ego em sua infância. O indivíduo reinstala dentro dele seus reais objetos de amor perdidos e ao mesmo tempo seus primeiros objetos amados, em última instância seus pais bons, a quem, quando ocorreu a perda real, sentiu também o perigo de perdê-los.* (Klein, 1940)

Essa citação condensa o essencial da concepção kleiniana, destacando o estabelecimento da posição depressiva como momento estruturante que o sujeito teria alcançado e a necessidade de reparação a ela vinculada. A posição

depressiva é uma posição subjetiva caracterizada pela elaboração depressiva. Neste ponto, Melanie Klein é clara, sua posição depressiva não é correlativa do conceito de melancolia ou de uma depressão clínica. Apesar dessa clareza, no entanto, e independentemente do que dizia e pensava Klein, nos anos 50 e 60 se produz uma combinação entre estes termos (luto / posição depressiva / depressão / melancolia), cujo resultado favorece uma homogeneização que funciona como um enorme estímulo à desordem clínico-nosológica que veio a se manifestar neste campo.[92] Esse esquema permite a Melanie Klein delimitar o desenvolvimento normal, no qual se alcança a integração entre objeto bom e objeto mau, do desenvolvimento patológico, onde tal integração não se completa. Os que não alcançaram a posição depressiva exemplificam o desenvolvimento patológico.

Em contraponto com essa noção marcadamente desenvolvimentista, contudo, a concepção kleiniana de 'posição' aponta para uma estrutura que transcende uma determinada etapa do desenvolvimento. Do mesmo modo, a descontinuidade entre luto normal e luto patológico é matizada com a suposição de que elementos do luto primitivo são encontrados também no luto normal, abrindo caminho para o surgimento de um grande ódio ao objeto perdido, e para as defesas maníacas, obsessivas e a angústia paranóide de retaliação que podem vir a obstaculizar o processo de reparação, que seria seu desdobramento normal. A agressão ao objeto pelos perseguidores internos provoca uma angústia diante da qual o sujeito se defende, com vistas a conservar o objeto amado, inibindo os impulsos hostis, o que se traduz clinicamente como depressão. A depressão, assim, se ancora na culpabilidade em relação ao objeto, e se engrandece e adquire sentido ético ao ser concebida como o passo necessário que permitirá a reparação dos danos que teriam sido infligidos ao objeto.

---

[92] Não é preciso procurar muito para que se a encontre. A própria Hanna Segal contribui para isto no pequeno livro que serviu de guia para muitas gerações de estudantes da doutrina kleiniana. No glossário de sua obra, o verbete depressão diz, textualmente: "É um estado da mente em que, parcial ou totalmente, se experimentam sentimentos penosos da posição depressiva. Pode ser reação normal a experiência de perda ou reação patológica de caráter neurótico ou psicótico". O tempo todo se assinala que o conceito de posição depressiva não se refere a uma figura clínica, e a todo momento se parte da depressão clinicamente experimentada para se ver realizado o atracamento do sujeito ao que se imagina ser o porto seguro da posição depressiva. Não é, portanto, à toa que se estabeleça uma grande confusão entre o nível metapsicológico dessa leitura e o contexto clínico ao qual ela remeteria. Vide Segal (1975:140).

O amor dos kleinianos à depressão pode, então, ser entendido a partir da suposição que desta eles fazem como denotando um processo de reparação em curso. Esse elogio está também ligado ao fato de Melanie Klein ter estatuído a posição depressiva não só como momento normal e necessário para a estruturação do psiquismo, mas como um momento que se repetiria a cada cura psicanalítica. Quando Melanie Klein afirma que a posição depressiva é o que se alcança num final de análise está inscrevendo dita posição num ideal de felicidade.[93] Num sentido diferente, Pierre Fédida situa o papel positivo de paraexcitação dos elementos destrutivos do indivíduo que a 'capacidade depressiva' pode ter, funcionando assim como proteção contra a ruína da melancolia, da vergonha e da culpa e como criadora de potencialidades da vida psíquica (Fédida, 2002).

As Referências Lacanianas

Embora reconhecendo a importância clínica da noção de posição depressiva e o avanço teórico que representa, Lacan entende a depressão de forma muito diferente, não tendo nenhuma atração, no sentido do elogio kleiniano, pelo fenômeno depressivo. Sobre essas questões, no entanto, faz alguns comentários de importância crucial para seu esclarecimento.

A contribuição de Lacan surge lentamente ao longo dos anos em que elabora sua obra. Desde seus primeiros passos – sua tese (Lacan, 1932), onde discute as referências jasperianas, e o texto sobre *A Família* (Lacan, 1938), onde comenta acerca da melancolia em inteira concordância com a formulação clássica – até os conceitos introduzidos no período final de sua obra, há um longo e fértil percurso. Mais do que acompanhar essa evolução, vai me interessar sublinhar alguns tópicos, colhidos aqui e ali nesse ensino. Três pontos se destacam como possibilitadores de referências clínicas seguras para minha abordagem. O primeiro, referido à oposição freudiana entre luto e melancolia e estabelecido no estudo sobre *Hamlet*, relaciona o luto a um furo no real, a melancolia a um furo no simbólico (Lacan, 1959), sendo afinado com a afirmação freudiana de que, no luto, o mundo, ocupado pela falta do objeto, é vazio, enquanto na melancolia é o ego que está vazio. Levanta, porém, um problema, que em seguida examinarei, ao referir a melancolia ao campo da psicose. Um segundo ponto importante surge na

[93] É abundante a bibliografia existente no *corpus* kleiniano. Para o que me interessa especificamente, consultei: Klein (1934) e Klein (1940). Para uma exposição da ortodoxia kleiniana sobre depressão, vide Grinberg (1978) e Reinoso [s.d.]. Para uma visada crítica, consultar Leguil (1984).

posição particular conferida à tristeza. Por fim, destaca-se a abordagem que faz acerca do que está em questão na depressão, não a partir de uma leitura da emoção, mas desde uma perspectiva ética. Examinemos esses pontos.

Na sexta aula, intitulada 'O desejo e o luto', de um seminário realizado em março e abril de 1959 dedicado ao exame do *Hamlet* de Shakespeare, ensina Lacan que o trabalho do luto "é primeiramente uma satisfação dada ao que se produz de desordem por causa da insuficiência dos elementos significantes para fazer frente ao buraco criado na existência. Pois é o sistema significante no seu conjunto que é posto em questão pelo menor luto" (Lacan, 1959:75). O trabalho do luto corresponde à operação de significantização da perda, sendo uma tentativa de ligar, pela via do significante, a dimensão intolerável que ela acarreta, tarefa na qual os ritos funerários adquirem crucial importância. "O rito introduz uma mediação em relação ao que o luto abre como hiância. Mais exatamente, sua operação consiste em fazer coincidir com a hiância aberta pelo luto principal, o ponto *x*, a falta simbólica" (Lacan, 1959:77). É interessante notar a dimensão social presente nesse fenômeno, assinalada pelos mais diversos autores; o luto é tanto a exigência social imposta aos parentes do morto quanto o estado de dor psíquica que costumam apresentar os sujeitos nestas ocasiões. Ver, por exemplo, este comentário de Lagache (1938b:244):

> *Não há 'psicologia individual' que não seja ciência da vida do homem em um mundo social. Reação psicológica e conformismo social, mais que realidades opostas aparecem como dois pólos de uma mesma realidade. Nós não saberíamos, por outro lado, fazer do luto-dor um processo exclusivamente privado. O luto não é vivido como sendo uma aflição que a morte rompeu de uma relação social particularmente intensa. Essa relação mesma, é difícil de encerrá-la na existência individual; nós reencontramos esse critério do social, que o indivíduo é 'alterado' por suas relações com um outro, que os fenômenos psíquicos que então sobrevêm são irredutíveis àqueles hipotéticos de uma existência psíquica isolada.*

"O buraco desta perda, onde ele está?", pergunta então Lacan. No real, é sua resposta. Essa afirmação põe o luto numa relação inversa ao que formula sobre a foraclusão. "Do mesmo modo que o que é rejeitado do simbólico reaparece no real, o buraco da perda no real mobiliza o significante. Esse buraco oferece o lugar onde se projeta o significante faltante, essencial à estrutura do Outro. Trata-se deste significante cuja ausência torna o Outro impotente para dar-lhe a resposta, (...)" (Lacan, 1959). Essa falha corresponderia à melancolia, entendida como o abandono total do sujeito ao Outro que se foi, identificação maciça ao objeto, o que na clínica aparece tanto como mortificação,

quanto através da metabolização delirante dessa falha. Nesse comentário, no entanto, tal raciocínio não fica claramente formulado, certamente porque apoiado numa obra literária e não num caso clínico. De qualquer modo, tais considerações restabelecem os parâmetros clínicos que orientavam a Freud, abordando o luto por um lado, a melancolia por outro, e alocando a tristeza e a depressão numa posição particular, diferenciada.

No que concerne ao segundo ponto, correspondente ao estatuto da tristeza, desde 1956, Lacan tem uma posição discordante do entendimento que vigorava nos campos psiquiátrico e psicanalítico, fundados numa leitura psicológica da questão – que considera ser a tristeza a resposta afetiva esperada em alguém que perdeu algo, e faz parte do senso comum psicológico. Como raciocina Polonius, pai de Ofélia, acerca do estado no qual vê Hamlet mergulhado: se ele está triste, é porque não está feliz; se não está feliz, é porque perdeu algo (Lacan, 1959:62). A tristeza estaria, nessa concepção, em conexão compreensiva com a perda sofrida, o que se ajusta perfeitamente com o referencial jasperiano, estando na base de uma *práxis* que se disseminou, tanto no meio psiquiátrico quanto psicanalítico entre os anos 20 e 50, que tomava o psiquismo como o conjunto formado pelo ideacional e o afetivo, admitindo que ambos seriam marcados por essa compreensibilidade.

Esse desvio levou a que se desconsiderassem o olhar e a escuta clínicas, voltando-se então o foco do interesse para a pesquisa de significações afetivas e subjetivas, o que talvez tenha sido o maior estímulo a uma operação tripla que então se estabelece. Primeiro, assimila-se a figura nosológica da neurose depressiva com a de uma depressão reativa, ponto já comentado; segundo, encara-se a dita depressão, compreendida no sentido jasperiano, como referida ao sentimento de tristeza. Terceiro, toma-se a insatisfação, a impotência, inapetência, inércia etc., traços distintivos do neurótico, como elementos para o diagnóstico de depressão, o que explica a elevada prevalência que este adquire.[94] Ocorre que impotência não é tristeza, e esta, como diz Lacan num comentário primoroso acerca das relações de compreensão de Jaspers

[94] Calcula-se que o número de pessoas deprimidas tenha sido multiplicado por sete entre 1970 e 2000, razão suficiente para se concluir que o problema da depressão tornou-se epidêmico (Pignarre, 2001). Seria preciso, não obstante, depurando tais mensurações epidemiológicas freqüentemente calcadas num instrumental de objetivação clínica (entrevistas estruturadas, escalas, questionários) que não consegue discriminar a diferença existente entre a atribuição do diagnóstico de depressão a um determinado paciente e a efetiva presença de um estado depressivo, reconhecer que freqüentemente o primeiro existe na ausência do segundo.

na primeira lição de seu seminário sobre as psicoses, não é o que sente aquele que não tem o que seu coração deseja (Lacan, 1955-1956). Observe-se que, para questionar esse desvio triplo que passa a vigorar na clínica, é fundamental descentrar tanto as relações de compreensão como método de investigação sobre o psiquismo, quanto a tristeza como operador diagnóstico, situando-a em outro registro. É o que nesta ocasião empreende:

> *A noção de compreensão tem uma significação muito nítida. É um móbil do qual Jaspers fez, com o nome de relação de compreensão, o pivô de toda a sua psicopatologia dita geral. Isso consiste em pensar que há coisas que são evidentes, que, por exemplo, quando alguém está triste é porque não tem tudo o que o seu coração deseja. Nada mais falso – há pessoas que têm tudo o que os seus corações desejam e que ainda assim são tristes. A tristeza é uma paixão de natureza inteiramente outra.* (Lacan, 1955-1956)

Esta natureza outra, que leva ao terceiro ponto que abordarei, como deveria ser encarada? Como uma paixão, ele assinala, e não um estado da alma. Em 1973, reforçando o que afirmava em 1956, Lacan admite que a tristeza deva ser examinada a partir do registro da ética, e não na sua dimensão afetiva (Lacan, 1974a). Enuncia, então, que o depressivo carece de autenticidade, seu sofrimento repousando no que chama de 'covardia moral', designação utilizada para se referir à depressão não melancólica. "A tristeza, por exemplo, se a qualifica de depressão, a lhe dar a alma como suporte, ou a tensão psicológica do filósofo Pierre Janet, mas ela não é um estado da alma, é simplesmente uma falta moral, como se exprimia Dante, e mesmo Spinoza: um pecado ..." (Lacan, 1974a:39).

Problematizarei essa noção para não incorrer em avaliações precipitadas e moralizantes. Seria essa afirmação de índole moral? Essa pergunta se impõe. Que cabimento teria se qualificar, a partir da psicanálise, de covarde a um estado afetivo qualquer, e ainda anexar a esta avaliação o epíteto 'moral'? É, por acaso, a psicanálise uma doutrina moral? Não, Freud expressamente desautoriza essa possibilidade em numerosas ocasiões.[95] Qual, portanto, a escala de valores éticos que apóia Lacan em sua afirmação?

A idéia de uma covardia moral está relacionada ao princípio que, em sua concepção, deveria reger o processo analítico, nomeado princípio ético do bem-dizer (Lacan, 1974b). Confrontado à tarefa de bem-dizer seu desejo, o sujeito foge à luta, é como eu o traduziria: a tristeza cancela, obstaculiza, a possibilidade de associação livre, o sujeito se recusa a fazer deslizar a cadeia

---

[95] Vide, por exemplo, a última conferência *Sobre a Weltanschauung,* em Freud (1932).

do significante. Essas afirmações estão apoiadas num entendimento sobre a clínica que enfatiza a estrutura do significante, situando a questão do afeto em outra perspectiva, o que acarretou desdobramentos importantíssimos na discussão psicanalítica.

Acerca do lugar a ser concedido ao significante e do estatuto do afeto, o movimento psicanalítico pôde assistir a numerosas disputas e incontáveis desentendimentos, a maior parte dos quais, amparada num questionamento da primazia atribuída por Lacan ao significante, engrandecia, em reação a esta, o que seria a importância a ser concedida ao afeto. Boa parte do debate então suscitado encontra sua razão de ser numa disputa de posições, que a entrada mais ousada de Lacan no cenário psicanalítico parisiense provocou, o que logo foi absorvido, expandindo-se o mercado[96] e as fronteiras[97] do movimento psicanalítico, e numa afronta narcísica, que não se supera assim tão facilmente. Não retomarei aqui esse debate, acerca do qual dispomos cada vez mais de melhores relatos históricos, biográficos, e, o que é fundamental, da neutralização do *pathos* que a distância no tempo e o trabalho de elaboração permitem operar. Embora eles ainda inflamem o coração, pode-se olhar para, e falar sobre estas questões de modo mais isento do que era possível em pleno calor da batalha, 20 ou 30 anos atrás. Dito isso, remeto o leitor interessado à vasta bibliografia disponível, para dela pinçar apenas o que pontualmente me interessar.

Lacan dirige suas baterias contra certas noções explicativas e algumas figuras conceituais que no começo dos anos 50 ocupavam posição de destaque no campo analítico – a obsessionalização do enquadre, a redução do tratamento analítico a uma 'experiência emocional corretiva', a importância atribuída ao 'vivido afetivo',[98] que considera um descaminho do método freudiano. A crítica que faz pode ser vista como calcada, em parte, na necessidade ética de retomar o rumo da indagação freudiana, e, em parte, na prioridade conferida ao significante, pilar central do seu sistema teórico na ocasião.

---

[96] Toda a querela acerca da admissão de psicólogos nas sociedades filiadas à IPA deve ser considerada a partir desse aspecto.

[97] A isto se deve a importância que ganharam, no cenário psicanalítico internacional, a América Latina e a América do Sul.

[98] Que captado com as lentes da psicologia do ego, que então dominavam a cena psicanalítica, se reduziam ao que Lacan debochadamente chama de "um esfrega-esfrega afetivo". E contra o qual, evidentemente, disparava sua metralhadora conceitual. Vide, por exemplo, LACAN (1953-1954:70).

Resta apenas que o movimento de construção de um aparato conceitual complexo como o que a psicanálise maneja demanda tempo, e 1953 não é 1963, menos ainda 1973. Alguns críticos de Lacan gostam de absolutizá-lo numa posição idealizadora do significante e desconhecedora do afeto, o que os leva a atropelar referências metodológicas, históricas, cronológicas, éticas etc., para poderem demonstrar suas teses.[99] Mas toda essa discussão centra-se, na realidade, mais no encanto a partir do qual se encarava aquilo que se supunha ser o afeto, do que no privilégio concedido ao significante. A imaginarização do vivido afetivo é a responsável por esse encantamento. Ela, no entanto, não permite ir além de uma prática de adaptação.

Superando o incômodo que essas noções podem ocasionar, quero extrair as conseqüências que elas exigem, o que trará alguns esclarecimentos. Duas conseqüências são imediatas: primeira, a depressão não pode ser tomada como um sintoma. Considerada fonte de sofrimento, ela é, sim, um sintoma, mas no sentido freudiano, não. O sintoma, para Freud, implica um trabalho frente ao qual o deprimido recua. Segunda conseqüência, em não sendo um sintoma seria, então, um afeto? Aqui é preciso cuidado, na medida em que existem deprimidos e deprimidos, bem como afetos e afetos, o que examinarei em detalhe no próximo capítulo, juntamente com uma análise das peculiaridades próprias ao tratamento desses pacientes.

[99] André Green, em 1973, critica o que diz Lacan em 1953, esquecendo-se de que houve o 54, o 56, o 64, o 68, ... Em 1973, o grande argumento de Green contra Lacan é que ele desconhecia o afeto (GREEN, 1975). E o que faz Lacan em 1973? Estuda, durante o ano inteiro, a questão do amor (LACAN, 1972-1973). E dez anos antes? Estuda a angústia, considerada o afeto por excelência para a psicanálise.

5

Clínica, Afeto e Ética

É desejável fazer-se da depressão uma unidade clínica, quaisquer que sejam as nuances semiológicas que apresente? As inconsistências sintomatológicas e a decorrente impossibilidade de se diferenciarem nitidamente através de seus aspectos sintomáticos, clínicos e evolutivos, as distintas formas clínicas de depressão, representam um questionamento da existência desses tipos clínicos, invalidando, portanto, qualquer razão nosológica? Toda resposta a esta questão será insuficiente, pois ela se depara com os limites da nosografia; de nada adiantará ficar buscando uma nosologia mais perfeita, um sistema classificatório aperfeiçoado, uma vez que é o método nosológico o limitado. A nosologia serve para nos movermos em contextos clínicos onde decisões diagnósticas são impositivas para definir o tratamento, não mais que isso. Sabendo-se desses limites, melhor se poderá franqueá-los, abrindo caminho rumo à experiência analítica. É preciso, então, indagar: a caracterização da depressão como categoria nosográfica ajuda neste caminho?

Preliminares ao Tratamento Psicanalítico do Paciente Deprimido

O que caracteriza a demanda dos pacientes com queixa depressiva? Seu pedido gira em torno de um trabalho do luto por fazer: eles se dirigem ao analista portando uma queixa e, a partir dela, demandam uma medida que lhes poupe do trabalho do luto que os ameaça. Não constituem o lugar transferencial a partir do qual se poderia operar e obter efeitos propriamente analíticos, sendo, neste aspecto particular, muito diferentes de um paciente neurótico prototípico (se é que isso existe), no qual um sofrimento daria margem à emergência de uma suposição de saber no Outro a quem ele se dirige em busca de alívio e cura. Como se daria esse processo no paciente deprimido?

Um quadro aparentemente contraditório se revela. Uma parcela dos pacientes ordena seu sofrimento em torno a uma organização narcísica que, arranhada, mostra sua ferida. A demanda que então aparece é a de uma solução salvadora que os leve a recuperar seu *status quo ante*. Outros evidenciam o exato oposto, uma organização narcísica que, ameaçada, mostra, com grande força aliás, sua fragilidade. São pacientes que, habitando sem muita sustentação simbólica o universo da demanda, quando se vêem frente à irredutibilidade de uma perda, mostram por antecipação o dano que, supõem, ela lhes traria. A depressão aí aparece como tentativa de evitar uma perda, e o trabalho do luto que esta introduziria.

Idealmente, é apenas a partir do trabalho imposto pela vivência de perda que uma demanda de análise pode surgir. É exatamente o oposto do que se encontra nesses pacientes. Por essa razão, a constituição neles de uma demanda de análise implica a transformação da queixa de depressão numa exigência de trabalho, o que supõe, e exige, uma experiência de perda. Essa transformação em sua dimensão fenomênica se verifica com a mudança da tonalidade depressiva do sofrimento para a angústia, o que permite entrever um dos sérios problemas existentes no tratamento analítico destes pacientes: por que, afinal, haveriam de trocar sua depressão pela angústia? Principalmente considerando que eles freqüentemente revelam um abandono ao gozo de um superego implacável, e que a transferência é quase sempre insuficiente pela peculiar posição do sujeito na depressão, que ao mesmo tempo que abraça o gozo exclui o saber, por que haveria de abandoná-la? A construção desse raciocínio, portanto, gira em torno de dois eixos: o de perda e o de trabalho.

Como se dá o tratamento desses pacientes? O interesse desse exame não é o de estabelecer um protocolo a ser seguido e, muito menos, o de pretender uma comparação entre terapias diversas (a psicanálise incluída como mais uma), mas sim o de introduzir a peculiaridade da experiência analítica. Ora, em que se fundamenta a psicanálise em sendo uma prática clínica? Na existência do sujeito como desejante. Aí reside o problema que esses casos apresentam, na medida em que do desejo eles revelam sua negatividade, seu estancamento, o que fornece a dimensão do desafio que constituem para o analista.

Necessita de análise aquele que sofre, primeiro ponto a ser relembrado. Freud sempre deixou claro esse aspecto – o de que as pessoas procuram uma análise para aliviar seus males; querem tratamento. Se chegam até a análise, é porque outra

alternativa não surgiu que as poupasse dessa empreitada. Lacan ensina o mesmo. Na clientela que atualmente se dirige à análise, essa procura freqüentemente surge como se fosse uma busca de alívio da depressão que padeceriam, o que revela a dimensão propriamente psicoterápica que reveste a psicanálise desses pacientes, que Pierre Fédida justamente sublinha (Fédida, 2002).

A demanda inicial é estritamente a de livrar-se do mal que o acomete. Esse sofrimento é o único elemento que pode abrir um flanco para que ele venha tratar-se, mas, se puder alcançar essa meta sem nada fazer, jamais chegará a uma análise. Mesmo chegando, não estará *a priori* garantido o que então se passará: existem pacientes que produzem uma cura para não se tratar. De nada esclareceria usar aqui o termo cura entre aspas; portanto, tarefa inicial do analista no tratamento desses pacientes é constituir uma demanda de análise ali onde vigora uma queixa. Evidentemente, esta só poderá existir num contexto onde a perda se apresenta, o que permite entrever a função crucial da transferência (e entender parte das dificuldades que a psicanálise encontra na sociedade contemporânea, que exclui a possibilidade de perda do seu horizonte afetivo).

Da Queixa ao Sintoma

No contexto histórico-cultural em que vivemos, com os meios de comunicação disseminando ofertas de curas rápidas e mirabolantes para qualquer mal-estar, o que pode a psicanálise? Minimamente, discutir a coerência dos argumentos que justificariam tais curas. O que as fundamenta? No caso das ditas curas químicas, por exemplo, a droga age para suprir o que falta quimicamente ao sujeito, tal como a insulina para um diabético? Ou em resposta ao seu anseio de preservação de uma integridade narcísica esboroada? É ilusório pensar que, perante esses discursos, a psicanálise seja mais um, um dos muitos discursos que abordam a questão do psiquismo e seu tratamento, o que representaria desconsiderar a especificidade que introduz nesse campo. A menos que a deixemos de lado e façamos um nivelamento geral de todas as disciplinas que lidam com a subjetividade, será obrigatório considerar essa diferença. Longe de ser apenas uma técnica terapêutica, um puro e simples artefato técnico para neutralizar os subprodutos que do mal-estar na cultura advêm, a psicanálise é, ela própria, um efeito histórico desse mal-estar. Sua matéria-prima seria ele próprio, e não quaisquer disfunções psíquicas. De modo mais simples, podem-se entender essas perturbações como evidenciando esse mal-estar, e não como expressão de alguma patologia.

Não é incomum que certos sujeitos metabolizem de forma depressiva esse mal-estar na cultura. As exigências superegóicas, que lhe cobram uma performance tal que faz com que sempre fique aquém, devem ser levadas em conta na avaliação da elevada ocorrência de queixas depressivas na clientela contemporânea de psiquiatras e psicanalistas, aspecto que contribui para a atualidade do tema, e diz respeito a um fator histórico, a incidência do tempo em que vivemos sobre a economia subjetiva. Isto é tomado por muitos como representativo de uma mudança que teria se passado na clínica. Freqüentemente se ouve dizer que 'a clínica mudou', 'não há mais uma clínica típica como a relatada por Freud em sua obra', 'as estruturas mudaram' etc., o que é evidente. Mas, muitas vezes, a razão para essas afirmações reside num equívoco referido tanto ao campo clínico (questão da classificação, do diagnóstico e da estrutura em psicanálise), quanto às incidências do contemporâneo sobre a subjetividade. Sem dúvida, a clínica mudou; resta saber que mudanças aconteceram e o que acarretam.

A idéia de que a clínica teria mudado decorre muito mais de uma confusão entre o que é o nível fenomenológico da apreensão de um dado problema clínico e o que seria sua fundamentação estrutural, distinção essencial na medida em que boa parte (talvez a grande maioria) dos pacientes que se queixam de estar deprimidos revelam-se histéricos ou obsessivos no decorrer de uma análise. Pode-se dizer, então, que a feição com a qual o paciente neurótico histérico ou obsessivo se apresenta hoje é distinta daquela com a qual se apresentavam a Freud; isso, porém, acontece sem que uma efetiva mudança estrutural tenha ocorrido. A imprecisão conceitual, no entanto, pode levar a que aí se veja um melancólico ou uma novidade, alguma das "novas doenças da alma" (Kristeva, 2002). Não nos detendo na exterioridade das roupagens dessas manifestações, será possível efetivar uma depuração desse revestimento imaginário, permitindo elucidar o que subjaz a ele, suas características íntimas, suas particularidades, seus determinantes talvez.

Qual a nossa competência para realizar tal operação? Começa aqui uma influência importante do contemporâneo na questão. Vivemos uma dispersão de linhas de fuga e fluxos cujos efeitos de desencarnamento, desterritorialização e velocidade favorecem a produção de mutações subjetivas abertas a experiências – do espaço, do tempo, do corpo, do outro – outras que as possíveis a uma subjetividade identitária estanque. Mas é preciso também reconhecer que é uma "excelente época para sofrer" (Lacan, 1964:158) dada a profusão de terapias, medicamentos etc. Além disso, e talvez como decorrência dos fluxos desterritorializantes que impregnam a

sociedade hoje em todas as suas dimensões, é uma ótima época para que o sofrimento encontre dificuldades para ser subjetivado e, a partir daí, tratado. Na atualidade ele é remetido a uma particularidade do funcionamento vital e delegado ao especialista.

É uma época também excelente para se continuar sofrendo, sofrer demais, mais, mais ainda. Os sujeitos, demissionários de si, se submetem aos imperativos da mídia, do mercado, da moda. No regime de servidão que então se instala, a figura do sofrimento depressivo pode perfeitamente se adequar, sintonicamente ajustada. Dois desdobramentos: instalada na sujeição às subjetividades demitidas do cuidado de si, busca um controle dos excessos que a servidão acarreta (por não apaziguar o superego não libera o sujeito do ressentimento, pânico, insônia, insatisfação, impotência, frustração). Demanda-se então um controle não mais limitado aos sofrimentos e inadequações do corpo e da alma, mas de todo o horizonte do viver. Qual o lugar certo de colocar o desejo para se obter a felicidade? Responder a essa questão, tarefa em Aristóteles tratada como incumbência da ética, nos tempos atuais é atribuição dos especialistas do bem-estar e do como ser. O cuidado de si torna-se controle (científico) de si. Segundo, se sofrer demais é a única justificativa da psicanálise como prática terapêutica, ante tais estratégias de controle de si – enaltecidas pela mídia que engrandece o discurso da genética e das neurociências, as versões do mal-estar considerado sofrimento que concerne a uma subjetividade, e não um sistema ou subsistema orgânico, sofrimento psíquico e não endorfínico, por exemplo –, as demandas de não sofrer não encontram onde germinar e, conseqüentemente, escasseiam. Só podem germinar quando aparece resistência à sujeição, o fazer frente à submissão, permitindo que outra modalidade de produção subjetiva possa então se instaurar.

No fim das contas, restará a cada um a possibilidade, e a incumbência, de esclarecer se nessas transformações que a clínica mostra existem verdadeiras mudanças, ou se nada mais seriam que "redescrições metafóricas da natureza" (Serpa, 1998:22), de uma mesma natureza que permanece, embora diferente na sua expressão fenomênica. Não se trata aqui de uma discussão filosófica. Na clínica, essa diferença estrutural tem seu correlato fenomênico, traduzindo-se em distintos modos de queixar-se, de sintomatizar e de estabelecer a relação transferencial com o analista. É comum encontrarem-se argumentos supostamente voltados a uma leitura estrutural da clínica que menosprezam uma apreciação mais acurada dos fenômenos que nela se apresentam.

A fenomenologia ficou desprestigiada com a avalanche estruturalista dos anos 50-60, mas não há razão para recusar o nível fenomênico; pelo contrário, na clínica, parte-se dele. Os fenômenos são o dado da experiência, ponto de partida. E possuem, sendo fenômenos, toda a sua importância. Isto significa que não estamos desobrigados de estudar minuciosamente os fenômenos que se apresentam na clínica. O problema da fenomenologia decorre do ponto onde ela pára, que passa a ser considerado como se fosse o todo, a totalidade, fazendo com que a indagação fenomenológica se detenha ao nível da articulação imaginária dos fenômenos estudados, ponto onde uma investigação psicanalítica apenas começaria. E o movimento da análise é o de, partindo do fenômeno (ou, se quiserem, do imaginário), chegar aos seus princípios organizadores, à articulação entre simbólico, imaginário e real que suporta o sintoma. No campo que aqui interessa, isso significa que, se na clínica partimos do que ela tem de mais básico, a demanda de análise, esta demanda se articula diferentemente, dependendo do modo pelo qual o sujeito construiu sua depressão.

Idealização, Desperdício e Perda

Que caracterização clínica fazer desses pacientes? Em primeiro lugar, temos aqueles com depressão queixosa. Seria o caso de fazer dessa caracterização um tipo nosológico ou entidade clínica? Não. Trata-se de situá-la em contraponto com a melancolia e em relação ao luto. Vimos que a melancolia é ligada ao narcisismo, existindo uma espécie de ferida na estruturação narcísica do sujeito melancólico. Já nesses estados de depressão não melancólica que apresenta o deprimido queixoso, cujo quadro clínico tem ressonância tanto com a neurastenia de Beard (1881, 1884)[100] quanto com a psicastenia de Janet (1903), não se evidencia essa falha na estruturação do seu narcisismo. Esses sujeitos apresentam um traço, que denomino impossibilidade da perda, ligado à perda do ego ideal. O que está em jogo é a perda da onipotência narcísica primária, com o sujeito, por todos os meios, tentando manter-se no registro dessa onipotência, o que introduz algumas peculiaridades importantes nessas ocorrências clínicas. Em suas repetidas tentativas de obturar a unidade narcísica perdida, esses sujeitos são cotidianamente levados a não abrir mão da posição de idealidade que rege suas economias libidinais, o que os faz desperdiçar numerosas oportunidades de superar o estado inercial em que se encontram, aferrados que estão a essa ilusão de completude. Verifica-se, assim, uma curiosa diferença entre desperdício

[100] Esclarecedores comentários sobre a neurastenia podem ser encontrados em Freud (1895b, 1908).

e perda: os pacientes desperdiçam grande parte de suas vidas exatamente por não suportarem a perda. Há aqui um importante detalhe a exigir cautela: é freqüente que essa dita perda seja tomada como factual, quando o que está em questão diz respeito a uma instância subjetiva. É o aparelho psíquico que está em questão, é essa perda subjetiva que eles não suportam.

Tal diferenciação me leva a insistir em um ponto já mencionado, e que se pode evidenciar na clínica cotidianamente – o que é considerado por muitos clínicos como depressão é a queixa que o sujeito enuncia. Trata-se, então, de fazer desse fenômeno um subtipo da depressão, que seria incluído na classificação, especificado como uma categoria diagnóstica? Dada sua elevada prevalência, até mesmo se poderia discutir essa possibilidade, mas o que me interessa é sublinhar como as categorias em torno das quais se ordena o processo de diagnóstico psicopatológico contêm em si mesmas essa possibilidade de engano. Não só o contêm, tal como um determinado conjunto matemático contém o seu oposto, mas o fomentam. É fácil perceber, pois, ao disseminar o diagnóstico de depressão, movida por razões da ordem de uma estratégia mercadológica, a clínica que se ordena em torno do medicamento alimenta o equívoco aqui apresentado. Toma-se a fala de um sujeito queixoso como se fosse depressão. Passa-se, em seguida, à estratégia de eliminação da queixa através de fármacos, e admite-se que a suspensão da queixa denota uma alteração na essência bioquímica que supostamente seria razão de ser e fundamento da clínica.

Não são poucas as ocasiões em que se interpreta como sendo depressão algo que dela se limita a uma queixa, e que se veiculem esses casos como se fossem de melancolia. Outras vezes, um quadro clínico que se enraíza no orgânico é diagnosticado como depressão. Aqui se encontra a razão dessas discussões nosológicas e das indagações acerca da peculiaridade estrutural da melancolia. Com vistas a depurar o uso desses conceitos, concluí que a utilização alargada do termo melancolia é favorecedora de equívocos. Aliás, acredito que, se partíssemos de uma formulação mais restritiva para sua utilização, poderíamos até mesmo perguntar se Freud teria tido a necessidade de inventar o conceito de neuroses narcísicas.

Caso Freud tivesse utilizado o diagnóstico melancolia restringindo-o aos casos onde existiria uma verdadeira melancolia, teria ele a situado num grupo nosológico específico, como o fez? Ou não seria a noção de neurose narcísica uma solução de compromisso destinada a resolver uma dificuldade acarretada pelo uso alargado de um termo diagnóstico marcado pela

imprecisão? Existe aqui um ponto nodal que, amarrando distintos estratos de uma complexa discussão – estratos clínicos, nosológicos, conceituais, metapsicológicos, históricos –, permite, ao mesmo tempo que o revela necessário, um posicionamento. Se toda a elucidação freudiana mostra exatamente a peculiaridade do padecer melancólico, por que abrir mão desse esclarecimento? Devemos acompanhar Freud no uso mais vasto que faz desse termo? Estaríamos a isso autorizados? Mas por que fazê-lo, se considerarmos que implicaria deixar de lado um raciocínio clínico mais rigoroso que o próprio Freud introduz?

Em contrapartida, trata-se de circunscrever com a categoria melancolia o mesmo universo clínico que no campo psiquiátrico ela abarcaria? Não, até porque o campo psiquiátrico a utiliza de modo assistemático. Acredito, porém, que um ganho advém da circunscrição desse termo diagnóstico aos casos que se enquadram no que anteriormente delimitei como uma verdadeira melancolia. Essa delimitação implicará decorrências diversas, a primeira das quais a de situar a melancolia no campo da psicose, questão espinhosa, uma vez que exigirá tomar uma posição que parece argumentar contra Freud.

A tarefa de decidir acerca dessa questão pode ser tática e momentaneamente deixada de lado já que minha ambição neste trabalho é repertoriar os desdobramentos que uma certa parcela de pacientes diagnosticados como deprimidos apresenta no seu percurso pelo dispositivo de tratamento psicanalítico, e esses são, exatamente, casos de depressão não melancólica. Mas, abstendo-me da comodidade que essa solução tática ofereceria, insistirei nessa delimitação, uma vez que independente e para além da decisão de saber se a melancolia é ou não uma psicose, o que pretendo elucidar – a posição clínica, nosológica, conceitual e metapsicológica desses transtornos que ocupam a terra de ninguém da indistinção clínica – pressupõe um lugar bem definido para a melancolia.

Desse modo, não se trata de decidir acerca da posição nosográfica da melancolia em si. De bom grado eu concordaria em manter aberta a discussão que essa questão classicamente suscita; contudo se a melancolia não estiver num lugar bem circunscrito, estarei taticamente fragilizado. A manutenção da indistinção clínica favorece que os posseiros da razão depressiva se apoderem desse terreno. Na contramão desta, existem na obra de Freud os elementos necessários para ordenar o campo clínico, e nos vermos livres desse tipo de conflito. Além do contraponto clínico e semiológico que realça a diferença de uma melancolia verdadeira para com tais casos, essa discussão

serve para não nos atemorizarmos quando do seu enfrentamento. Ajuda, ainda, a compor um mosaico das diversas modalidades que a clínica exibe dos padecimentos depressivos. Seja como for, concluir que a melancolia seja uma psicose levanta numerosas questões que precisam ser examinadas.

Especificidade Estrutural da Melancolia

Seria a melancolia uma psicose? Essa pergunta não pode ser respondida sem alguns esclarecimentos acerca do estatuto conceitual dos termos utilizados em sua formulação. Há toda uma tradição que leva a se pensar na psicose com base na ocorrência de estados delirantes e/ou alucinatórios, que vigora mesmo entre profundos conhecedores do texto de Freud. A posição paradigmática que a paranóia ocupa no pensamento freudiano certamente contribui para essa tendência, mas pode-se e deve-se contrabalançá-la lembrando ser o delírio uma tentativa de cura, não se confundindo com o que seria, propriamente falando, a psicose.

Essas considerações ganham sentido ampliado no que diz respeito à melancolia. É de longa data conhecida sua forma delirante. Resta apenas que, primeiro, o delírio não é uma constante, e a maior parte dos casos, diga-se, não o apresenta. Segundo, o delírio é secundário ao problema do humor, fato bem conhecido desde o século XIX, detalhadamente estudado por Séglas (1895); mas os casos de 'melancolia simples', sem delírio, são mais comuns. Neles predominam os problemas cenestésicos, a dor moral, a inibição psíquica e a abulia, que constituem os sintomas primeiros, fundamentais da doença.[101] "É deles que procedem os problemas do conteúdo das idéias, o delírio, e é assim que este pode ser dito secundário" (Séglas, 1895:299). Da melancolia delirante Cotard (1891) agrupou um conjunto de sintomas que comporia o seu 'delírio de negações': ansiedade melancólica; idéia de danação, possessão; propensão ao suicídio e às mutilações voluntárias; analgesia; idéias hipocondríacas de não-existência ou de destruição de diversos órgãos, do corpo inteiro, da alma, de Deus etc.; idéia de não poder morrer jamais.

Afirmar que a melancolia seria uma psicose faria com que este diagnóstico fosse aplicado apenas aos pacientes que apresentam os sintomas de mortificação, característicos da melancolia simples, e aos pacientes que, em

[101] Que são os sintomas ditos endógenos: retardo psicomotor, insônia terminal, piora matinal dos sintomas, agitação psicomotora e culpa, sem distúrbio de personalidade prévio. Supõe-se que sejam preditivos de boa resposta aos tricíclicos e ao ECT.

conjunto ou não com os sintomas anteriores, apresentam um quadro de delírio melancólico? É preciso demarcar a diferença que a elucidação aqui realizada tem para com o referencial psiquiátrico. Aqui, ela depende do estabelecimento da relação transferencial, e só pode ser pensada a partir desta, das suas possibilitações, dos seus impasses, e não simplesmente através de um dispositivo do olhar, voltado à ordenação do que observa. A ênfase, portanto, será posta na enunciação, e nossa tarefa, a de oferecer condições para que esta se torne possível.

Que decorrências a decisão de considerar a melancolia uma psicose traria com relação ao tratamento psicanalítico? Seria tratável pela psicanálise? Aqui é preciso especificar, e me remeterei a algumas considerações de Freud acerca da psicose. Em primeiro lugar, está sua inserção junto à histeria e neurose obsessiva como uma psiconeurose de defesa, o que supõe uma responsabilidade do sujeito, nas 'Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa' (Freud, 1896). Em seguida, a afirmação feita em diversas ocasiões, da impossibilidade de transferência no psicótico. É preciso especificar que transferência seria essa que o psicótico não faz. É a neurose transferencial que Freud tem em mente ao fazer essa afirmação. Mas podemos também pensar na noção genérica de transferência como resultado do endereçamento significante, como demanda de cura por exemplo, o que um melancólico faz. E não só ele; tal endereçamento de um sujeito a outro vale para qualquer um, seja qual for a posição subjetiva. Resta apenas saber: isso sustentaria um tratamento?

Mais uma vez será preciso detalhar. Do que se está tratando? De um paciente em plena fase melancólica? Do mesmo paciente no intervalo entre as crises? Qual o estatuto clínico desses pacientes no período entre as crises? Com vistas ao tipo de eficácia que se pode pretender obter, a diferença é absoluta. Na crise, a presença maciça e não dialetizável do sentimento de culpa muitas vezes atua como impedimento até mesmo dessa transferência *lato sensu*. Talvez fossem pacientes nessas condições que Jacques-Alain Miller tivesse em mente quando, numa conferência feita em São Paulo, afirmava que

> *a melancolia impõe a presença maciça, e quando é melancolia verdadeira, a presença não dialetizável do sentimento de culpa. Temos um sujeito que apresenta sua indignidade – que nada vale a pena, que não vale para nada – de maneira completamente fixa, não dialetizável. Não se pode tratar de curar com a psicanálise um verdadeiro melancólico.* (Miller, 1991:86) [102]

[102] Observe-se, incidentalmente, a confirmação involuntária que esta fala oferece à necessidade de separar do campo dos padecimentos depressivos uma síndrome que seria delimitada enquanto uma verdadeira melancolia.

Seja como for, a experiência ensina que um melancólico (verdadeiro), capaz de estabelecer um laço transferencial e desde este transitar pelo que constitui a intimidade do seu sofrimento – o que nem todo paciente melancólico consegue, e nem todo analista suporta –, pode chegar a empreender a travessia de sua melancolia, livrando-se das crises. A especificidade do dispositivo psicanalítico e uma concepção não mecanicista e não determinística do processo psicanalítico fazem com que esse mesmo raciocínio seja válido (e, mais do que isso, necessário) para um histérico, um fóbico, um obsessivo etc.

Supor que um histérico consegue o que um melancólico não conseguiria pode ser nada mais que uma leitura mecanicista desses fatos. Para superar esse reducionismo, essencial tanto para pensarmos alguns impasses nas análises de certos pacientes neuróticos, quanto possibilitar o tratamento de um melancólico, é fundamental não conceber a subjetividade como uma essência, mas sim como processos de subjetivação. No que concerne ao tratamento, o obstáculo maior advém não da psicose propriamente, mas do delírio de perseguição, uma vez que pode impedir o laço transferencial; mas é também o que, paradoxalmente, o possibilita.

Voltando ao ponto principal, acredito que esta discussão faz sentido na medida em que, realçando a necessidade de distinguir os verdadeiros melancólicos dos queixosos de depressão ou dos pacientes neuróticos paralisados com o sentimento de culpa, ajude a pensar em formas e modos de tornar possível a análise para esses sujeitos. Sem endereçamento ao Outro, não há tratamento analítico; daí a importância do delírio, que é um tipo de endereçamento. E da queixa de depressão, igualmente um endereçamento, em que pese a dificuldade que também introduz.

Metapsicologia da Depressão Não Melancólica

O importante é perceber que a existência de depressão num neurótico não funda uma neurose depressiva. Que existam sujeitos neuróticos queixosos de depressão, ou que representem sua impotência como depressão, nada mais comum. Que desse fato empírico se faça a base material para a produção da categoria clínico-conceitual de uma neurose depressiva, eis a questão. Há uma tendência a se fazer essa passagem e a concluir-se, a partir de um sujeito queixoso de depressão, pela existência de uma neurose depressiva, como se fosse algo natural.

O exame crítico aqui empreendido previne esse risco. Mas a importância dessa questão não está em resolver se um determinado quadro depressivo é de natureza endógena ou psicogênica, e sim em jogar esse debate por terra. Para o que vale recordar Lacan (1955-1956): "O grande segredo da psicanálise é que não há psicogênese". Resta apenas que, como o problema clínico a que esse conceito se refere é de enorme importância e não pode ser desconsiderado, descartado o conceito, persiste o problema, e o que criticamos deve servir para abrir caminho para novos conceitos, uma vez superado o obstáculo epistemológico (Bachelard, 1976) representado pela oposição endógeno/psicogênico.

Assimilar a dita neurose depressiva a uma depressão reativa é o passo mais curto para que em seguida se tome a esta como psicogenética, e ao seu tratamento como psicológico. Nessa manobra, a psicanálise se vê reduzida a um tratamento psicológico para problemas psicogenéticos, contrariando tudo o que Freud ensina (Freud, 1891). Estando livres do obstáculo representado por essa oposição equivocada, como entender os transtornos depressivos? Seria o caso de propor um mecanismo unitário para seu estudo, equivalente no campo psicanalítico ao *continuum* da psiquiatria? Ao contrário, o detalhamento conceitual aqui realizado autoriza (e obriga) a questionar esse nivelamento de um campo polimorfo através de um termo comum.

Os diversos tipos de padecimentos depressivos examinados ao longo deste livro não apenas apresentam mais diferenças ao nível metapsicológico que a eventual uniformidade de sua feição fenomênica levaria a pensar, como há que atentar para as distintas inserções que essas ocorrências têm em cada autor e em cada subgrupo, das diversas especialidades que se dedicam a este campo. Evidentemente, há pontos de contato e possibilidades de intercâmbio entre autores e grupos diversos, mas é imperioso indagar: é de um mesmo objeto que aí se fala? Por exemplo, o que nesses experimentos farmacológicos se chama de depressão tem o mesmo estatuto que a depressão esperada ocorrer num final de análise, como fala Lacan? A depressão que Aubrey Lewis estudou é a mesma que apresentavam os melancólicos que Abraham tratou, ou da que operacionaliza os estudos farmacológicos, sempre pródigos em descobrir novas eficácias ou novas patologias para os medicamentos?

É aqui que o apelo à clínica clássica mostrará seus frutos, ajudando a ordenar a apreensão nosográfica da melancolia e do campo do padecimento depressivo. Com base no que foi examinado, minha opção será, primeiro, a de resolutamente restringir o uso do termo depressão como categoria diagnóstica; segundo, circunscrever o uso da categoria melancolia aos casos

caracterizados como uma verdadeira melancolia nos termos anteriormente discutidos; terceiro, situar, na distinção freudiana entre luto, luto patológico e melancolia e na tríade inibição, sintoma e angústia, o ajuste, a sintonia fina, que trará elementos para decidir acerca de como proceder quando uma sintomatologia menos intensa ou atípica despertar dúvida. Examinemos cada um desses pontos.

A decisão de restringir a utilização do termo depressão (ou abandoná-lo) é a decorrência natural do que até aqui foi examinado. Sua utilização, além de grandemente favorecedora de uma medicamentação indiscriminada, amparada na ilusão de especificidade que o vocábulo 'anti' mediatiza, favorece também uma posição de acomodação ao paciente, dificultando-lhe o trabalho associativo e, ao analista, a escuta.[103]

Evidentemente, isso não é suficiente para esclarecer e resolver a problemática clínica para a qual o termo é usado, mas sua não-utilização ajuda a afastar o referente para o qual aponta, e permite que o sofrimento que convida a sua utilização seja abordado desde outra perspectiva, e contribui para reintroduzir o enigma que representam, que entendo ser suficiente para respaldar essa medida. Que ela encontre aval em teóricos que primam pelo rigor, Colette Soler, por exemplo, que a formula com todas as letras, parece-me uma decorrência do bem fundado de seus pressupostos (Soler, 1989).[104]

Acerca do segundo ponto, restringir o uso da categoria melancolia aos casos para os quais em 'Luto e melancolia' Freud as emprega, e não utilizando-a da forma alargada, abarcante do conjunto dos acidentes depressivos, como Freud faz em outras ocasiões ao longo de sua obra, acredito ser coerente com a restrição ou abandono do uso do termo depressão. Afinal, de que valeria abandonar um para abraçar o outro mantendo a mesma elasticidade de critérios a reger sua utilização? O que pretendo é exatamente alcançar um pouco de

---

[103] "A regra e o princípio da *abstinência* na psicanálise ganhariam aqui ao serem reformulados em função do *pharmakon*. Pois se assim se encontra recomendado que se evite – por parte do paciente assim como do analista – toda produção de satisfação substitutiva que vem apagar o sintoma por recobrimento ou que vem obstaculizar o 'trabalho psíquico'; o que é claramente objetivado é a produção de um *pharmakon*, qualquer que seja sua forma (compensação alimentar, passagens ao ato sexual, fala ou gesto de apaziguamento e, logicamente, absorção de medicamento). Pois o *pharmakon* é não apenas esta substância acrescentada, mas, sobretudo a intervenção de um terceiro – podendo ser inclusive a própria pessoa do analista" (Fédida, 1998:39). Ou a categoria diagnóstica depressão.

[104] Ver Leguil (1984), Cottet (1985) e Laurent (1989b). Ver também Pommier (1983) e Calligaris (1989).

rigor. Como alcançá-lo se designarmos qualquer sujeito melancolizado como um verdadeiro melancólico? Ante a restrição que essas decisões implicam, atribuo à oposição entre luto, luto patológico e melancolia a tarefa de elucidar o rumo a seguir nos casos onde houver dúvida. Agora, restituída e levada a sua radicalidade essa oposição freudiana, restará algo a ser preservado a título de depressão? Evidentemente, esta pergunta só tem interesse na medida em que a desconstrução do conceito de depressão sirva para descentrar a nosologia. A verdadeira subversão que a psicanálise opera reside no descentramento radical que produz. Tirar da depressão uma razão bioquímica para a ela conferir uma razão psicológica seria tão revolucionário quanto destituir Deus do centro do universo para, em seu lugar, colocar o Rei Sol.

O que pudemos aprender com Freud é que, no universo infinito do sujeito, o centro é ocupado por um buraco, o famoso objeto perdido. Diante dessa falta, que é constitutiva e não contingente, o neurótico, tentando recobri-la, oscila entre culpa e depressão. Cem anos de psicanálise permitiram conhecer a intimidade desse fenômeno, instruindo-nos a ver que, desde essa posição, se dá a produção de subjetividade, em crise certamente, dividida na relação entre o objeto e o Outro.

Concluindo, então, como diagnosticar a melancolia? Já não estamos mais na época tranqüila em que o aforismo hipocrático respondia: “Quando o temor e a tristeza duram muito, é um estado melancólico”.[105] Os tempos que vivemos impõem um certo desencanto para com os arranjos sindrômicos, obrigando a reconhecer que os signos clínicos são equívocos e a clínica, obscura. A clínica não possui a transparência de um livro aberto – anseio que inspirou os ideais da anatomoclínica – nem a rigorosa arrumação de quadros e formas que encanta aos botânicos e aos estudiosos da natureza. Frente a esses casos, o importante é manter as referências freudianas como balizas para o entendimento. Elas ensinam a ver as diferentes manifestações afetivas que ocorrem nas diversas estruturas clínicas como advindas das relações conflitivas existentes entre as instâncias psíquicas.

A experiência psicanalítica permite relacionar algumas dessas ocorrências clínicas a uma certa urgência de gozo fálico e a uma catarse do superego, o que permite entender a ocorrência do afeto depressivo em qualquer estrutura. A depressão, assim, aparece não sob forma de uma entidade nosológica, mas como um afeto transestrutural, devendo ser, caso a caso, verificado, o que permitirá esclarecer o que o suscitou.

---

[105] Hipócrates. *Aforismos*, VI, 23, apud Starobinski (1960:12).

Fora do campo das psicoses, o trabalho analítico permite ainda verificar a ocorrência de depressões bastante importantes em sua severidade em sujeitos que, tendo uma história de (e vocação para) passagens ao ato incontroláveis, começam, pelo próprio avanço do tratamento, a ter medo disso. O afeto depressivo que aí se produz é diferente da tristeza, bem como da melancolia *stricto sensu.* São manifestações depressivas em sujeitos com estrutura neurótica produzidas sob transferência, e que não se resumem às oscilações maníaco-depressivas próprias ao tratamento, possuindo por vezes uma densidade que se torna mais fácil de ser enfrentada quando são bem mais entendidos. Outro tipo de padecimento se funda quando o objeto perdido era a caução da castração no sujeito, o que permite estabelecer uma diferença entre eventuais dificuldades observadas na realização de um trabalho do luto e a melancolia. Com a finalidade de esclarecer esses distintos regimes de funcionamento psíquico no que diz respeito ao padecimento depressivo, parece-me imprescindível ter presente a distinção entre sintoma, inibição e angústia e a indagação acerca do estatuto do sujeito na sua relação com o desejo do Outro.

Sabemos que o mundo fantasmático se constrói entre inibição, sintoma e angústia. O que mais apresentariam os pacientes que variações dessa tríade freudiana? Curiosamente, existem sujeitos que, quando aparece uma insegurança na sua relação ao desejo do Outro, se queixam de depressão, e não de angústia, como seríamos levados a esperar a partir do esclarecimento freudiano. Seria a depressão um sintoma? Psiquiatricamente sim, entendendo sintoma como o sofrimento de que um indivíduo se queixa. Mas, psicanaliticamente, não, posto que um sintoma pressupõe um trabalho de metaforização que não se encontra na depressão. Seria, então, o que se apresenta como depressão da ordem da inibição? Seriam as depressões que se apresentam em estruturas neuróticas um paradigma clínico do que Freud formula como inibição? Essa é uma idéia interessante que deve ser tomada não para realçar a hesitação, o empobrecimento, a contenção, o não ir à luta, mas sim para grifar a idéia de que se há algo a ser contido é precisamente porque existe um excesso. Adiante retomarei esse ponto.

A Psicanálise e a Droga

O tratamento desses pacientes geralmente põe o clínico perante a questão do uso de uma medicação. Nem sempre é fácil diferenciar quando o uso dessas substâncias estará contribuindo para que se ande na direção do estabelecimento do dispositivo analítico, quando não. Há uma fala, muito

difundida, da medicação atuando e sendo usada como facilitadora do processo psicoterápico, freqüentemente lembrada como favorecedora de um tratamento integrado. Em contradição a esta, no entanto, verifica-se uma forte tendência em certos profissionais de utilizar medicamentos para que nada se altere.

Há que estar atento, em particular, na metáfora fácil de ligar o paciente com medicamentos para que ele comece a andar na psicoterapia. O fato de que, em algumas ocasiões, certos pacientes possam se beneficiar desse tipo de 'empurrão' não deveria impedir de ver que mais freqüentemente esse argumento serve para que se permaneça na mesma posição.

Evidentemente, aqui é preciso regular a sintonia fina, para não cair numa generalização que desconhece a efetividade de certos fármacos em alguns casos – o que existe. Determinados pacientes, nomeadamente deprimidos endógenos com elevado grau de inibição psicomotora ou sintomatologia delirante, mostram uma resposta à medicação que representa uma mudança decisiva para o estabelecimento de um tratamento. Já outros – e estes são a maior parte da clientela que se serve dessas drogas – obtêm com esses fármacos efeito análogo ao de uma defesa maníaca. A droga instrumentaliza, para esses sujeitos, um efeito protético que, iludindo a incompletude, traduz-se clinicamente como remoção da queixa, bem-estar. É isto que é confundido com a metáfora de ligar o paciente para que ele ande, ante a qual há que ter particular cuidado.

Portanto, a discussão dessas questões exige não esquecer certas referências que devem funcionar como balizadoras para o nosso entendimento, incluindo não somente as categorias conceituais com as quais se organiza o que vemos na clínica, como também referências históricas, a primeira das quais nos recorda que o próprio Freud acreditava que 'no futuro' a química encontraria formas de influir diretamente sobre as quantidades de energia e sua distribuição no aparelho psíquico (Freud, 1938). São exatamente os conceitos produzidos por Freud que permitem à psicanálise a liberdade de se desatrelar dessas explicações que consideram o organismo a causa do funcionamento psíquico, podendo pensar que é o fenômeno psíquico que em última instância sobredetermina e regula o corpo; ou melhor, a rigor, essas discussões sobre mente/corpo, essas diferenciações entre uma base fisiológica e outra psicológica, foram superadas pelo avanço da indagação freudiana e, portanto, não são inteiramente procedentes, tendo que ser reconfiguradas conceitualmente para que a indagação possa avançar.

Como brinca Lacan (1964, grifo do autor) no *Seminário XI*,

> *à análise não cabe encontrar, num caso, o traço diferencial da teoria e querer explicar, com ele, por que sua filha é muda – pois, o de que se trata é de* fazê-la falar, *e este efeito procede de um tipo de intervenção que não tem nada a ver com a referência ao traço diferencial.*

De qualquer modo, o mandato terapêutico que recebemos de cada paciente impõe que, ante a questão da elucidação de uma causalidade biológica de qualquer fenômeno mental, sejamos levados a uma escolha, a qual pode ser pensada em dois patamares.

Antes de tudo, há que afastar a possibilidade de que a síndrome em tela esteja referida ao orgânico (no sentido da síndrome psicoorgânica de Bleuler, ou de uma patologia orgânica qualquer cujos sintomas mimetizam um quadro psíquico),[106] tarefa por vezes deixada de lado, mas fundamental quando atendemos pacientes graves ou muito comprometidos, ou que apresentam síndromes que favorecem tais ocorrências, suscitando, portanto, sérias questões de diagnóstico diferencial.

A dificuldade que esses casos podem introduzir não deve nos fazer perder de vista que o fundamental é o estabelecimento do processo terapêutico, e não a pura e simples elucidação diagnóstica. Afinal, é na transferência que o diagnóstico se faz. E, portanto, essa questão preliminar funda-se num raciocínio por exclusão (destinado basicamente a afastar organicidade) e visa possibilitar um caminhar seguro em direção ao estabelecimento do dispositivo analítico. Surge aqui o segundo patamar, dado que esse caminho não é o mesmo, e não é empreendido desde a mesma posição, sendo o paciente neurótico ou psicótico. Do mesmo modo, a posição do analista nesses casos é diferenciada; logo, é fundamental que essa distinção nosológica seja levada em conta, na medida em que pode informar dos passos que serão necessários para se chegar com segurança ao que a psicanálise exige como condição para se colherem os frutos que o processo analítico pode propiciar.

As questões relacionadas à depressão partilham o mesmo "temível privilégio" da melancolia em sua capacidade "de situar a interrogação do analista na encruzilhada do biológico e do simbólico" (Kristeva, 1989:16), privilégio temível porque encontra dois tópicos longamente recalcados pela psicanálise: exatamente a questão do corpo – até 1920, Freud entendia a

---

[106] As patologias da tireóide são o alvo preferido da investigação dos clínicos quando o paciente se apresenta com sintomatologia depressiva. GEWIRTZ et al. (1988). O abatimento ocasionado por hipovitaminoses, anemias e viroses inespecíficas é igualmente confundido com depressão.

psique como sendo puramente representacional – e a do afeto. A discussão dessas questões, para ser fecunda, não nos pode levar a uma perspectiva maniqueísta de tomar partido de uma contra a outra. Também não deveria levar-nos a um ecletismo complacente e pouco rigoroso. Portanto, não se deve entender essas diversas suposições etiológicas como cumulativas, no sentido, por exemplo, de um estado psíquico que teria uma base genética, sua vertente bioquímica, suas peculiaridades neurofisiológicas, sua dinâmica psicológica e aspectos culturais.

O que aqui existe são divergentes concepções em disputa. Quando se fala em integração, o que é comum, mais freqüentemente se está caminhando no sentido de escamotear o fato de que não há ponto de junção entre esses diversos e heterogêneos discursos. Na própria base da idéia de um tratamento integrado, está a suposição de que somando-se *Res cogitans* e *Res extensa* se comporia uma totalidade sem furo, o que é uma idéia metodologicamente furada. Quando se busca empreender essas junções, observa-se que o que é considerado como aspectos psicológicos ou psicoterapia costuma ser alguma atividade empreendida a título de adaptação, que torne o sujeito bem adaptado aos regimes da droga. Nas publicações psiquiátricas, a combinação 'psicoterapia mais medicação' é sempre cotada como superando em eficácia a qualquer dos dois instrumentos em separado.[107] Agora, seria suficiente para restituir à psiquiatria a clínica que ela perdeu?

A clínica sem teoria põe a prática em crise. Por isso, fica-se afobado, apressado, sem critérios. Em contradição com essas promessas terapêuticas sempre mais exuberantes e 'eficazes', assiste-se a uma proliferação de trabalhos dedicados aos casos ditos refratários, os quais se tornam mais prevalentes, como que esnobando a promessa farmacêutica, sinal de que ela não é suficiente para dar conta do problema.[108]

---

[107] A formulação típica revela-se neste trecho de um estudo, escolhido ao acaso, que investiga a relação entre depressão e o dito DOC, com base no princípio da razão depressiva, movido pela suposição básica de "uma possível ligação biológica entre DOC e doença afetiva": "Vale salientar a importância da psicoterapia associada a terapia medicamentosa nos pacientes com DOC. Ultimamente, tem-se preconizado muito o uso de terapia cognitiva e comportamental, pois é muito comum a existência de uma postura depressiva e sentimentos de impotência e desmoralização nesses pacientes" (Valença & Del Porto, 1984).

[108] Vide Kaplan & Sadock (1999); Gupta, Ghaly & Dewan (1992:281) e também Kramlinger (1989:794).

A questão que a depressão levanta, mais do que a um efeito do organismo (no sentido de uma entidade kraepeliniana), diz respeito ao sujeito daquela experiência. A aparição de efeitos-sujeito anda na direção contrária à da química. Não se trata aqui de conferir significações à depressão de um determinado sujeito, o que restará sempre um exercício a ele exterior, e, portanto ineficiente para dar conta do que verdadeiramente se trata na clínica psicanalítica, embora não desprovido de resultados: uma vestimenta imaginária é muitas vezes fecunda na produção de efeitos imediatos, filão explorado com grande desenvoltura pela literatura de auto-ajuda e pelo misticismo esotérico.

Um importante mecanismo de ação dos fármacos, sempre ignorado pelos que patrocinam experimentos medicamentosos, pode-se aqui entrever. Eles oferecem para esses pacientes uma infusão de ego ideal, que os poupa de trabalhar psiquicamente para dar conta da irredutibilidade da perda que os atormenta, agindo como um tampão. Note-se que isso não tem necessariamente a ver com o famoso efeito placebo, mas com a produção de uma totalidade gozosa. O sujeito obtém através da droga uma prótese ideal egóica que o faz sentir-se completo, e o satisfaz.

É evidente, porém, que entre uma substância inativa quimicamente e as drogas ditas antidepressivas existe uma poderosa diferença, que reside na capacidade que possuem as segundas de produzirem o gozo. Ou seja, longe de serem um talquinho inocente (como o placebo padrão), o que esses produtos introduzem na corrente sangüínea dos sujeitos fornece aos seus corpos algo que os faz gozar.[109] Essa noção pode permitir dimensionar o lugar especificamente psicanalítico que o uso dessas medicações poderá ocupar. Isso, evidentemente, não pode ser desconsiderado, uma vez que o tratamento psicanalítico desses pacientes tem como primeira tarefa instituir uma experiência de perda, a qual, tornando o trabalho psíquico imperioso, possibilite as condições mínimas para que uma análise se dê. Isso não ocorre de forma automática ou natural, dependendo tanto do analista, quanto do analisando.

Muitos analistas não conseguem (ou não se dispõem a) suportar a escuta de um deprimido, trabalho em geral árduo e lento. Algum tempo será necessário para que surjam as condições transferenciais básicas necessárias para que o analista possa funcionar como um agenciador da perda.

---

[109] "Este corpo não se caracteriza simplesmente pela dimensão da extensão: um corpo é algo que está feito para gozar, gozar de si mesmo" (Lacan, 1966:92b).

Da parte do analisando a questão será saber se ele vai se dispor a essa empreitada. Ela lhe oferece a cura, o que pode seduzir, mas nenhuma garantia de que sairá totalizado, integrado. Pelo contrário, o analista sabe que a psicanálise opera uma destituição subjetiva, estremecendo e derrubando o edifício egóico, o que muitos nem de longe suportam. Se recordarmos que a cura é o que o ego mais teme, poderemos entender que muitos deprimidos prefiram conservar sua depressão a cair na promessa do tratamento, fenômeno que se verifica cotidianamente.

> *Acaso necessito evocar* [diz Lacan a uma platéia de médicos em 1966] *minha experiência mais recente? Um formidável estado de depressão ansiosa permanente, que dura há mais de vinte anos, o enfermo vinha a buscar-me aterrorizado ante a idéia de que eu lhe fizesse o mais mínimo. À proposição de que voltasse a me ver 48 horas mais tarde, a mãe temível, que durante esse tempo havia acampado em minha sala de espera, já havia logrado tomar disposições para que nada disso ocorresse.* (Lacan, 1966b)

A ética da psicanálise, oposta a um exercício de mestria, não tende nem a um franqueamento naturalista do desejo, nem a um aprisionamento do gozo perverso, mas a afrontar aquele que a empreende com o que seria a realidade da condição humana, isto é, a finitude. O descentramento dessa inércia depressiva operando como exigência de trabalho psíquico pode suscitar grande angústia, sendo preciso que, para se deparar com essa ocorrência, o analista esteja preparado. A perspectiva do tratamento é a retomada em outro plano do que no sujeito lhe sufoca ou aparece como impossível.[110] Para esse fim é conveniente ter à mão conceitos que instruam o caminho. A intenção de fazer o bem, longe de ser suficiente, produz o inverso do que pretende. A razão para isso, simples de se constatar qual seja, aparece na continuação desta fala de Lacan:

> *Esta é uma experiência banal, só a evoco para recordar-lhes a significação da demanda, dimensão onde se exerce, falando estritamente, a função médica, e para introduzir … a estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo. … Não é necessário ser psicanalista, nem sequer médico, para saber que quando alguém, nosso melhor amigo, seja homem ou mulher, nos pede algo, isto não é em nada idêntico, e inclusive às vezes diametralmente oposto, àquilo que deseja.* (Lacan, 1959-1960)

Um paciente histérico chega à análise portando a insatisfação do seu desejo e queixando-se de depressão. O que ele não sabe, e a análise pode lhe ensinar, é que, seja qual for a satisfação, o desejo 'é' insatisfeito: é a insatisfação do desejo o que o viabiliza. Da impotência ao impossível, e de sua

[110] Questões bem trabalhadas por Lacan no seu seminário sobre a ética da psicanálise (Lacan, 1959-1960).

possibilitação na transferência, é o percurso que a psicanálise pode efetivar. No que concerne ao tratamento do paciente deprimido, podemos formular como uma meta que ali onde estava a depressão advenha o sujeito. Em algumas situações, isso também poderia ser dito *Wo Es war, soll Ich werden*, uma vez que ali onde reside o desamparo imposto pela força pulsional (tematizado por alguns como afeto depressivo) Eu como sujeito devo advir.

Psicoterapia Psicanalítica: uma prática farmacêutica?

A importância desta discussão está na disjunção que opera entre o fármaco e a química. Ao permitir verificar que uma droga que tem ação de fármaco não necessariamente encontra na química a razão de ser desta ação, abre o campo para, pelo menos, uma conseqüência importante – afastar o maniqueísmo simplista – e dois desdobramentos fundamentais:

- o de permitir pensar um uso da droga que possa ser feito com vistas a instrumentalizar a análise, a droga podendo ser para o analista em certos casos algo equivalente ao pano vermelho do toureiro, o que, evidentemente, depende mais do analista que da droga. Os melancólicos são aqueles a quem esta estratégia mais se aplicaria, devendo ser evitada nos deprimidos queixosos, mas esta não é uma decisão a estar calcada apenas na nosologia;
- o de permitir pensar a psicanálise como fármaco. Para que possamos chegar a um correto entendimento de como a psicanálise pode ser uma prática farmacêutica,[111] examinemos a questão mais genérica da relação da análise com a droga. Existem diversos registros que permitiriam este exame, e, sem nos determos em cada um, detalharemos apenas o que interessar para o avanço do tema.

Freud poderia ser considerado um íntimo da droga, uma vez que sua chegada ao campo psicanalítico inclui uma passagem da qual faz parte a cocaína.[112]

Um segundo aspecto diz respeito à suposição por ele formulada em alguns momentos, de que a química, interferindo na fonte da pulsão, curaria a neurose, o que deve ser tomado como um sintoma freudiano, e não como um argumento de verdade ou de autoridade. Um sintoma a ser interpretado. Diante dele não se trata de se colocar em acordo ou desacordo, mas de encontrar seu núcleo de verdade, e um modo em que possa bem dizer-se.

---

[111] No sentido da *Farmácia de Platão*, de Derrida, ou no sentido sofístico, pré-socrático, da 'Helena' de Homero. *Odisséia, livro IV.* Comentários esclarecedores serão encontrados em Cassin (1990), particularmente o capítulo IV, 'O Retorno do Recalcado'.

[112] Ver nos biógrafos de Freud (Jones, 1953; Gay, 1988 e Clark, 1980) a descrição e o sentido dessa experiência, que nos parece distante do que lhe pretende atribuir Vom Scheidt (1975). Encontra-se aí, de qualquer modo, uma boa documentação.

O núcleo de verdade dessa suposição freudiana me parece estar na exigência de que, para que a psicanálise opere e efetivamente funcione, ela tenha que intervir na química do sujeito. A análise não é uma terapia cognitiva e muito menos de adaptação social.[113] Sua ação, quando efetiva, incide na economia libidinal do sujeito, intervindo em sua química, naquilo que Freud define como o efeito químico do fantasma. Essa noção nos permite entender tanto o efeito tóxico da neurose quanto o efeito farmacêutico da psicanálise. A ação 'contradepressora' da psicanálise,[114] portanto, encontra-se tanto na melhora instantânea que a produção de significantes opera (o que não é uma peculiaridade da psicanálise, qualquer 'terapia pela palavra' provoca este efeito) quanto na transformação do quimismo fantasmático do sujeito, o que não pode ser estabelecido sem os conceitos psicanalíticos.[115]

Com base nisso, podemos de novo indagar: o fármaco é o objeto que falta ao paciente? Digamos que o fármaco faz as vezes de objeto, o que possibilita entender de onde advém boa parte do seu poder. Mas o fármaco não é o objeto. O acesso do sujeito ao objeto necessariamente passa pela linguagem, o que significa que, com fármaco ou sem fármaco, um acesso direto ao objeto está excluído do horizonte de possibilidades daquele que para se constituir teve que pagar o preço do que Freud formulou como o 'complexo de castração'. Isso permite, desbancando a razão depressiva, esclarecer que não há felicidade pronta, à qual o sujeito naturalmente acederia, nem felicidade produzida pela via da química (havendo, no entanto, próteses passíveis de serem produzidas através da química, da religião,[116] da droga etc.).

O que a razão depressiva tenta fazer – encontrar na química a razão universal que funcione como o referente fisiológico do problema clínico estudado – ela o consegue através das manipulações metodológicas que empreende. Isso, no entanto, tem seu preço. Fundada sobre a quebra dos

---

[113] Os que fazem da clínica psiquiátrica um dinamismo farmacêutico gostam de sempre reservar um lugar para o que chamam de 'psicoterapia'. Dentro desse recorte, cabe a esta o papel da adaptação do sujeito: "A psicanálise é uma auxiliar preciosa no processo de readaptação do indivíduo à sociedade, em sua busca de uma identidade pessoal capaz de responder às suas dúvidas existenciais ..." (Bueno, 1994), SmithKline Beecham S.A. Esta fala indica, além do desconhecimento para com a psicanálise, a saudade que certos psiquiatras têm do 'tratamento moral'. Isso reflete bem a dimensão do que é preciso abrir mão para se poder alcançar a riqueza da obra freudiana.

[114] Expressão utilizada por Kristeva (1989).

[115] Acerca do efeito tóxico da neurose, consultar Freud (1925).

[116] Deus protético, diz Freud em 'O mal-estar na cultura' (Freud, 1930).

parâmetros clínicos, amparada na destruição das barreiras organizadoras do território da clínica, ela encontra a falta de limites para sua aplicação, o que determina que sua utilização sistemática produza a depressão da razão, pelo menos da razão clínica. Seus próprios adeptos percebem isso. É o caso de Klein (1993), por exemplo, que, 30 anos após ter implantado o método, reconhece a necessidade de que a pesquisa farmacológica se ampare numa base clínica segura, admitindo sua falta. Como, no entanto, perdeu-se a clínica, persiste o método e o continuado uso do cachimbo deixa a boca torta, esse anseio cai no vazio, e Klein, juntamente com toda a psiquiatria que se ampara na resposta ao fármaco como método para validação da clínica, continua atuando do mesmo modo, isto é, com a mesma falta de limites que constitui o essencial da sua base metodológica.[117]

Conseqüentemente, o caminho percorrido nessas pesquisas é oposto ao da psicanálise, cuja ambição não desconhece que o acesso do sujeito ao seu bem e à sua felicidade passa necessariamente pela capacidade de inscrever a pulsão, dizendo respeito a essa capacidade singular, e não ao universal do seu organismo.

Evidentemente, isso não nos alça a uma posição triunfante, pois tal possibilidade depende, para ser concretizada, do trabalho que for possível ao sujeito efetuar na transferência. Ao efetivar uma prática que respeita a singularidade a psicanálise se posta como a representante atual desta exigência de singularização em que se constitui a clínica. O saber sobre o singular se funda numa exigência de subjetivação, que o dispositivo analítico, ao mesmo tempo em que exige, torna possível. Se isto se concretizará, ou não, só saberemos baseados em uma aposta transferencial.

O Afeto Depressivo

O termo depressão denota uma ambigüidade: de um lado, seu uso como substantivo designa algo que teria suporte numa essência ou numa entidade clínica definida a título de Depressão, grafada em maiúscula. Como adjetivo, aponta para algo de que o sujeito com Depressão padeceria. O quê? Um estado afetivo? Um sentimento? Um humor? As concepções psicanalíticas acerca do afeto depressivo e seus correlatos – que por um

[117] Que pode ser comprovada pelo que se busca atualmente fazer caber nos seus preceitos metodológicos. Vale tudo: da síndrome pré-menstrual como "precursora de distúrbios afetivos maiores" (Cheniaux Júnior, Laks & Chalub, 1994), à síndrome da angústia como falha no sistema respiratório.

lado, caminham rumo à melancolia; por outro, em direção à tristeza, nostalgia e luto de um objeto perdido – privilegiam a perda de um objeto amado. Essa perda – de um objeto primordial – representa a ruptura de uma suposta completude original, que seria inerente à condição humana, e, em alguns outros momentos, uma perda objetal.

Examinarei agora o que está em questão no horizonte afetivo da depressão. Seria a tristeza o eixo em torno do qual ela se organiza? Não exatamente. Pelo menos na melancolia, em que, curiosamente, o paciente não se queixa de tristeza, o que é um traço distintivo importante para o diagnóstico, sempre destacado pela clínica clássica.[118] O que existe na depressão melancólica é uma tristeza inteiramente peculiar, caracterizada como 'tristeza vital' com base na classificação proposta por Scheler, que distingue quatro tipos de sentimentos: 'sensoriais', 'vitais', 'psíquicos' e 'espirituais'.[119]

Quando se fala em tristeza vital, sempre se assinala não ser uma tristeza da qual o paciente se queixe – ou é uma inibição psicomotora de ordem tal que o impede dos gestos mais simples, e, às vezes, de dirigir sua fala a um outro, ou ele se queixa de que é o responsável pela ruína do mundo, da falência de sua família, da indignidade de sua vida... Mas de depressão o paciente melancólico da clínica clássica não se queixa. Quem diz que ali há depressão é quem faz o diagnóstico. É preciso, no entanto, que não se desconheça, o que comumente acontece, que nessa depressão "o ponto geometral do quadro é constituído por uma tristeza sem fim nem fundo" (Godino Cabas, 1988:92).

Essa distinção é importante ser assinalada para que se possa perceber uma sutil mudança que o princípio da razão depressiva opera. Pois, se no ponto de partida do tema aqui estudado, o termo depressão quer dizer do

---

[118] O que, de relance, permite ver a inadequação do termo depressão para designar o sofrimento do melancólico, termo que de modo algum é suficiente para indicar o que ele experimenta. Os autores espanhóis falam "*en la pesadumbre moral del melancólico*", o que é muito mais evocativo (Alonso Fernandez, 1968).

[119] Vitais: compreendem o que se experimenta como mal-estar, bem-estar, animação, desanimação, etc. – afetos corporais pronunciados, mas que, não estando ligados a excitações advindas de nenhuma parte do corpo são distintos dos Sensoriais: que implicam os sentidos do corpo; a dor, por exemplo. Psíquicos: simpatia, amor, ódio; o corpo participa como acessório. Espirituais: acrescentam valor moral, que os sentimentos psíquicos não têm. Vide Nobre de Melo (1979), particularmente o capítulo XIII, 'Psicologia e psicopatologia da afetividade' e também Schneider (1968) 'Anexo: Esboço de uma patopsicologia dos sentimentos e impulsos'.

conceito mecanicista que aponta para uma menor pressão nas vias neuronais ou para um afundamento de um terreno, a partir da metamorfose que sofre, passa a designar o estado de espírito suposto no melancólico. Há que sublinhar o fato de que ele seja suposto, pois, como frisei, deste, o melancólico, em geral, não se queixa. É mais comum, inclusive, que reclame da impossibilidade de experimentar qualquer sentimento; portanto, uma modificação duplamente importante. De um conceito mecanicista para um estado da alma, primeiro, e, segundo, de algo constatável e evidenciável diretamente (um afundamento de um terreno, por exemplo) para um estado suposto.[120]

Depressão: grau zero do desejo?

É comum que certos pacientes se expressem como se a depressão fosse o ponto zero do desejo, como se tivessem sido abandonados pelo desejo; ou ainda, como se fosse a expressão de um não-desejo. Mais freqüentemente, foi o objeto do seu desejo que os abandonou, eventualidade tantas vezes cantada pela música popular. Agora, ao ser abandonado pelo objeto do desejo, é a capacidade de desejar que se perde? O que seria um não-desejo?

A psicanálise ensina que um não-desejo só pode ter expressão como desejo de não desejar, quer dizer, um desejo reativo (ao modo nietzschiano, e não mais jasperiano, de entender o reativo). Habitualmente o desejo de não desejar surge como proteção narcísica para um sujeito ameaçado pela hemorragia libidinal que o abandono de seu objeto de amor desperta. Nesse sentido, pode-se considerar que este abandono ao Outro que se foi tem função defensiva. Mas trata-se de uma defesa no sentido que este termo tem na formulação freudiana? Não. E isso detalharei adiante. Mas não chega a constituir uma inconveniência que o utilizemos, descritiva e momentaneamente, para designar o amparo acolhedor que nesse estado o sujeito pode encontrar, posto que essa depressão de certo modo o protege. Não constitui uma defesa no sentido freudiano do termo, no entanto protege o sujeito. Apenas, isso não nos permite entender positivamente o que de fato ocorre; temos que indagar 'do que' ela o protege.

Defesa, ensina Freud (1894), é um processo por intermédio do qual o sujeito se vê livre de representações intoleráveis. Dentre suas diversas

[120] A mudança que esse salto metodológico opera legitima que se possa construir a categoria nosológica de uma 'depressão sem depressão', sem que se veja nisso um contra-senso. Consulte-se a respeito a vasta bibliografia coletada no volume editado por Kielholz (1973), relativo ao simpósio internacional patrocinado pela indústria farmacêutica em 1973, dedicado a essa categoria.

modalidades, destaca-se o recalcamento, pedra angular do edifício psicanalítico (Freud, 1915a). A neurose é concebida como a expressão distorcida do recalcado, evidenciando, num primeiro momento, o sucesso (recalque bem-sucedido), e, em seguida, o insucesso dessa operação.[121] Podemos considerar a depressão como uma defesa nesse sentido estrito do recalcamento? É certo que não. Mas retomando a argumentação etimológica e filológica acerca do termo depressão, podemos entendê-lo não só como uma baixa na tensão, mas também num sentido ativo, o que envia à idéia de uma ação, não à de um estado – a uma ação ou conjunto de operações que consiste em exercer uma pressão sobre alguma coisa no sentido de a abaixar, para fazê-la descer de nível, diminuí-la (o que revela o peso do prefixo 'de').

Relacionando esse movimento de baixa com o que na concepção psicanalítica faz força, articularíamos a depressão com a pulsão. E aí, mesmo que a etimologia nos autorize a entender a baixa energética que a depressão evidencia como uma negativização da *drang* pulsional, uma *Ver-drang*, em português uma de(pressão), isto não permitiria, caso quiséssemos obter comprovação de que na depressão vigora o processo freudiano da defesa, ir além de um jogo de palavras – pois a neurose não é apenas uma reação de defesa de um sujeito diante de algo que lhe transtorna, mas implica uma resposta sua frente a esse impacto traumático, o que supõe um trabalho de metaforização, que é fundamental. Mas esse processo é ilustrativo do que Freud formula como inibição. Não se trata de definir o deprimido como um inibido, embora Lacan considere Hamlet como tal,[122] mas de pensar que se inibição há, é exatamente porque existe esse excesso que tem que ser contido, que se origina precisamente da pressão pulsional. A depressão, assim, opera uma contenção, um rebaixamento, do que faz pressão, a *drang* pulsional.

Além disso, tenho que assinalar que, somente forçando muito, pode-se considerar o de que se queixam esses pacientes como um afeto no sentido do deslocamento simbólico que esse termo adquire na produção freudiana desde seus primeiros passos. Aqui surge o interesse dessa linha de raciocínio, ao revelar a depressão na sua dimensão de paixão, e não como um sentimento. Na realidade, melhor seria conceber a depressão como o resultado de um despovoamento simbólico, um desinvestimento do mundo exterior, e não como um afeto. É o que Freud faz com seu conceito de luto: o estado

---

[121] A noção de recalque bem-sucedido, contraditória metapsicologicamente, é essencial na clínica. Ver Lacan (1953-1954).

[122] No Seminário sobre a Angústia (Lacan, 1963).

depressivo que se evidencia no paciente enlutado tem exatamente essa razão de ser. E no paciente depressivo não melancólico e não enlutado? Por que esse desprezo pelos vivos? Puramente fomentado por desejos reativos? Já que nada se sustenta como reatividade, há que perguntar qual a verdade desse sentimento. Que possibilidade o conceito de inibição fornece para se pensar nos fenômenos depressivos? Existem autores que dele fazem o eixo que organiza seu entendimento de todo o campo depressivo-melancólico (Widlöcher, 1986, 1983); mas essa categoria nos restringiria a um enfoque puramente econômico, não permitindo avançar no entendimento do que na clínica se revela como autopunição e mortificação, nem do gozo extraído pelo sujeito destas cavilações auto-acusatórias.

Considerar a depressão melancólica apenas pela via da inibição, como o faz Widlöcher, seria escamotear a resposta do sujeito à foraclusão. As modificações libidinais incluídas na categoria da mortificação e no delírio de indignidade estão coordenadas no plano estrutural, devendo ser concebidas como 'efeito de' e 'resposta' à foraclusão. Além disso, a inibição não dá conta de uma verdade do sujeito. É aqui que aparece como essencial o conceito de superego.

Apoiado no equívoco que a língua francesa lhe permitia, e na perícia no manejo com a palavra que lhe era habitual, Lacan desarticula de modo rápido e elegante essa questão, estabelecendo ao mesmo tempo, de forma seca e pontiaguda um novo patamar no seu enfrentamento: *Le senti-ment*, o sentimento/o sentido, mente. O sentimento é um modo de recobrir, através do sentido, a questão do afeto, um modo de fazer sentido. Ora, se o sentimento mente, onde residiria sua verdade? Pode-se entender aqui que a posição do analista ante o afeto não seja a de refutá-lo, endossá-lo ou extirpá-lo, mas de indagar onde encontra sua verdade. Aos afetos, não se deve tratá-los como signos, embora pareçam sê-lo. Mas também não são significantes. Diante deles, deve-se verificá-los, o que não significa um desdém pelos afetos, e muito menos ênfase na intelectualização, desdobramentos que o campo lacaniano (e antilacaniano) assistiu.

A idéia de verificar o afeto permite que paciente e analista não fiquem paralisados na depressão, o que pode abrir para o paciente, caso ele avance no trabalho de análise, todo o leque dos afetos existentes: vergonha, medo, desgosto, culpa, tristeza, morosidade, tédio, embaraço, ódio, amor, felicidade, angústia, irritação, inquietude, desespero, pavor, covardia, coragem, pusilanimidade, vacilação, mal-estar, bem-estar. Que a angústia seja o principal

dos afetos, não significa que deva ser o único. Sua possibilidade de abrir passagem aos outros afetos estará na dependência de como o sujeito modaliza sua relação ao Outro, e, portanto, a posição do analista está em relação direta com a transformação dos afetos que será possível ao paciente empreender. Inaugurar essa possibilidade será uma das suas funções fundamentais.

Afirmei anteriormente que não se pode fazer da magnitude dos estados afetivos um índice para o diagnóstico; mas também não há por que desprezá-los. A clínica mostra que saber dosar a angústia e avaliar a força e a desesperança depressivas são de absoluta importância para a condução do tratamento. Sem angústia, ele não anda; com angústia em demasia, também não. O problema está em definir onde se localiza esse ponto ideal, evidentemente variável para cada paciente e cada analista. Mas não se deve tratar os afetos como signos. Os estados afetivos não são discriminativos no que tange ao diagnóstico. A clínica clássica buscou fazer de uma tonalidade peculiar da tristeza do melancólico endógeno um traço distintivo, importante para o diagnóstico, mas trata-se de uma operação a ser evitada uma vez que favorecedora de equívocos. O vivido depressivo, por sua vez, não deve ser tomado como encontrando num estado do organismo seu referente fisiológico. Que ele possa, tal como a angústia, ser testemunhado no corpo, não o torna menos uma experiência que diz respeito ao particular de um sujeito, e não ao universal do organismo. Verificar o afeto é indagar o inconsciente do sujeito afetado, para que diga onde ele encontraria sua verdade, o que implica uma estratégia terapêutica de responsabilização do sujeito.

6

Do Gozo, do Bem e da Satisfação no Mal

Escrevi este livro a partir do tratamento de pacientes que, não obstante terem sido longamente medicados com antidepressivos, não haviam conseguido obter a melhora esperada, o que os levou em direção à análise. À medida que o tratamento analítico avançava, a medicação que utilizavam ia sendo diminuída, até ser totalmente retirada. Pensar a complexidade desse processo com base numa comparação entre farmacologia e psicoterapia é limitado, não permitindo esclarecer a peculiaridade do tratamento desses pacientes. Com eles o analista age não só como testemunha da perda que o dispositivo opera, mas também como continente desta, tornando-a possível, o que permite entrever o potente efeito 'contradepressor' que a entrada em análise possui para certos sujeitos que de um luto impossível de ser vivido fabricavam sua depressão. Conseqüentemente, podemos entender de forma distinta tanto o modo como o tratamento opera quanto o problema que ele trata.

A tradição freudiana faz da depressão um estado transitório caracterizado pela retração dos investimentos objetais, que é o modelo do luto. Pode-se fazer do luto o denominador comum de todos os fenômenos depressivos, sejam quais forem? É certo que não. Isso levaria a erigir o luto patológico como base de todos esses padecimentos, tanto os de natureza psicótica quanto neurótica, uma impropriedade diante do que Freud estabelece, que é tomar o processo do luto como um *analogon* normal daquilo que na melancolia lhe faz enigma.

A tese freudiana sobre a melancolia implica a constatação de uma perda. Mas, perda de quê? A resposta varia: de libido, diz, em 1895; do objeto, em

'Luto e melancolia'. Não é o mesmo, é preciso assinalar. "A libido é o que funda a apetência e o objeto, o que seria suscetível de satisfazê-la" (Soler, 1989:34). Guiado pela histeria, Freud foi levado a estabelecer que na clínica das neuroses o corpo fala; na melancolia, encontra um quadro radicalmente outro, fundamentalmente mudo. No 'Manuscrito G' explicita: "Inibição psíquica com empobrecimento pulsional, e dor por isso" (Freud, 1887-1902). Em 'Luto e melancolia', esse quadro se esclarece: o sujeito é levado a uma identificação ao objeto, identificação que se substitui à perda do objeto amoroso. O que organiza a produção clínica do melancólico é não mais a criação sintomática pela via da formação de compromisso, mas a inibição. Esta decorre do fato de a sombra do objeto perdido ter tomado o ego pela via da regressão libidinal, o que é considerado a essência do padecimento melancólico. Tendo perdido o objeto, o melancólico perde também o Eu.

Qual a diferença entre a perda de um objeto pulsional e a perda do Eu como objeto narcísico? A verdadeira melancolia reside neste segundo caso. A perda de um objeto pulsional, quando motivada no Real, corresponde ao modelo do luto, mas a inibição dos investimentos do Eu pode se dar por outras razões. A perda de um objeto pulsional que alimenta o ego ideal tem a capacidade de induzir um dano narcísico que se traduz por um efeito depressivo, sem que haja um luto. É o caso do sujeito que evita o trabalho que a perda provocaria, esperando que um objeto se ofereça para ocupar o mesmo lugar do que foi perdido, mantendo assim o circuito pulsional em funcionamento inalterado.

A clínica mostra que à inibição acrescentam-se os golpes do superego e a culpa, o conceito de superego aqui aparecendo como fundamental e o campo do padecimento depressivo como o que mais fortemente deixa ver a ação desta figura obscena e feroz. A noção de gozo introduzida por Lacan é essencial para pensar a satisfação paradoxal que o sujeito obtém com seu sofrimento, satisfação que o mantém preso a algo que não lhe traz bem-estar. Conjugada com os conceitos de sentimento inconsciente de culpa, necessidade de punição, reação terapêutica negativa e masoquismo primordial, pode esclarecer os quadros mistos de angústia e depressão, tão comuns na clínica. Por não se considerar o superego desse modo, muitas vezes não se consegue compreender e, conseqüentemente, intervir adequadamente na clínica psicanalítica. Pode-se aqui verificar o engano que as terapias ditas de reasseguramento e adaptação encontram. A tentativa de

desculpabilizar o paciente redunda, na maior parte dos casos, no *acting*, e não no ato – o 'Homem dos Miolos Frescos' (Kris, 1987) talvez seja o caso em que mais claramente se podem ver no campo psicanalítico os resultados dessa estratégia –, perigo que por vezes atinge orientações terapêuticas calcadas no *holding* e na maternagem, fazendo-as presentificar o superego obsceno e feroz que pretendem afastar – paradoxo do superego que exige mais e mais renúncia, e que não acomete os degenerados ou moralmente desvalidos, mas os virtuosos. Quanto maior a renúncia, mais feroz o superego, maior a culpa.

O encontro com esse paradoxo, de obtenção de prazer na dor, obriga a ver quão pouco esclarecedora e indutora de erro é a suposição, amplamente compartida, feita por Aristóteles (1973) de que "a natureza parece no mais alto grau fugir da dor e tender ao prazer".[123] Se a natureza tende a esse movimento, o homem nele não se encaixa inteiramente, pois apenas em parte é natural. A subversão da natureza que há no humano permite-lhe produzir prazer na dor, o que, se não serve para desdizer Aristóteles (na medida em que os termos se mantêm), permite captar sua insuficiência e a necessidade crucial de considerar-se, no tratamento desses pacientes, essa paradoxal dimensão de satisfação. Conceptualizando certos tipos de depressão como alegoria dessa completude perdida, pode-se visualizar a satisfação que delas advém, não obstante a angústia e o sofrimento que ocasionam.

A angústia presentifica o real do objeto, do objeto 'a', noção fundamental para pensar a queixa de depressão. Em geral, não se consegue situar compreensivamente (no sentido de Jaspers) uma perda no sujeito deprimido. E, aparentemente, não há sentido algum na sua depressão; ele muitas vezes é rico, bonito, bem-casado, bem empregado ... e deprimido. Mas isso acontece mesmo nas situações em que se consegue situar uma perda: por exemplo, a mulher o abandonou. O que, no entanto, ele perdeu perdendo a mulher não fica claro (Freud, 1917). Para que possa dizê-lo, terá que lançar mão do objeto imaginário, da fantasia.

A melancolia revela um impasse no trabalho do luto. Mais do que uma dificuldade, esse impasse denota uma impossibilidade de fazer uma mediação simbólica com o objeto perdido, o que o luto efetiva. Diante dessa impossibilidade, o melancólico se identifica ao objeto perdido, que é, portanto, a causa da melancolia. De acordo com o aporte conceitual que

[123] Vide também Cassin (1990).

Lacan introduz, tal questão encontraria sua razão de ser num traço estrutural relacionado à foraclusão, que a define e a especifica. Para que ela se esclareça é preciso partir de uma característica peculiar à linguagem, sua negatividade essencial.[124] Essa negatividade acarreta, ao incluir a falta no real, uma subtração da vida, fórmula que tem a mesma importância do que Hegel, e em seguida Heidegger, designam como "o assassinato da Coisa", o que condiciona para qualquer sujeito uma virtualidade melancólica. Castração é o nome freudiano dessa subtração. Além dessa virtualidade melancólica, característica do horizonte afetivo do humano, considere-se que, entre o *pathos* de existir e o sentimento de culpa, opera a incidência de uma posição subjetiva; ou seja, todo ser tem acesso a essa dor de existir, acesso mais ou menos matizado, temperado, pelo trabalho de simbolização.

Na melancolia, a perda se absolutiza, encontrando-se a "dor de existir em estado puro" (Lacan, 1962), isto é, não temperada pelo falo. Ao constituir uma mediação entre a falta do Outro e o ser do sujeito, o falo age ao mesmo tempo negativizando o gozo (atenuando a dor de existir), e positivando-o (o que condiciona a busca do objeto mais de gozar), permitindo o acesso ao gozo fálico. A função fálica tem, precisamente, o efeito de articular essa dupla série de efeitos, o que está na dependência do significante do Nome do Pai, que metaforiza o referente que falta. A fantasia fornece, pois, uma mediação a esse objeto não especularizável, não articulável na linguagem, o objeto 'a'. Na falta do significante do Nome do Pai o sujeito fica sem ter como fazer frente ao que a perda impõe, o que pode ser tomado como específico da melancolia. Ao mesmo tempo, isso serve para esclarecer teórica e metapsicologicamente os quadros clínicos que aparecem como uma síndrome depressiva de natureza não melancólica e para melhor situá-los dentro do referencial freudiano.

O deprimido não melancólico faz da sua dor de existir uma melancolização, sem que nele opere essa falta do significante do Nome do Pai. O que levaria alguém a tal sofrimento? Diversas razões, que abrangem um leque que vai do horizonte da dor de existir inerente ao humano à elaboração do luto e à covardia moral. Como diferenciar uma depressão que é covardia moral de uma depressão que é elaboração de luto? Como estas se distinguirão da depressão melancólica ou da dor de existir? Cada caso deve ser indagado na sua particularidade. Não se pode pretender obter puramente através da magnitude dos estados afetivos uma orientação confiável. Os

[124] Sigo aqui de perto o que SOLER (1989) estabelece em 'Pérdida y culpa en la melancolia'.

sentimentos são enganadores, não servindo de referência segura como guias para o real. Isoladamente, eles não são um bom índice para o diagnóstico. Não é necessário supor a existência de uma estrutura dita 'depressiva'. A inibição pode ser considerada como uma modalização da posição subjetiva frente ao Outro, o que se traduz afetivamente de modos diversos. Modalização é "a expressão da atitude do falante com relação ao conteúdo de seu enunciado" (Ferreira, 1999).

O importante, além de acompanhar o processo e dele participar, é considerar que, nessa modificação das atitudes do sujeito ante os conteúdos de seus enunciados, o que está em questão é a produção de novas formas de subjetivação daquilo de que ele se queixa, o que não é simples nem automático. Implica mudanças na posição do sujeito na fantasia e na criação de condições para fazer frente ao recalcado, o que significa abrir o capítulo censurado de sua vida, e isso não se faz sem angústia. A que grau esta chegará dependerá dos obstáculos a serem transpostos e dos recursos simbólicos de que se dispõe. A angústia evidencia signos de franqueamento, abertura de passagens.

Tal processo, fundamento da psicoterapia psicanalítica, pode ser tematizado de numerosas formas, uma das quais assinalada por Fédida ao dizer que o desafio terapêutico implica algo como refazer o processo de constituição da subjetividade – "afirmada, não como um retraimento monádico, mas como um movimento vindo do fundo e o jorro de um salto" (Fédida, 1999:30). Ou seja, há um salto do sujeito (por vir) em direção à subjetivação, ao processo constituinte da subjetivação. Salto que ele pode pretender não dar. Ou dar pela janela, numa passagem ao ato suicida, possibilidade sempre existente no tratamento desses pacientes. Para o analista, por sua vez, implica uma aposta: a de que será possível abrir caminho em direção a essa subjetivação, possibilidade que supõe a vivência da perda. É esta que traz a necessidade do trabalho de rearranjo das representações e afetos em que consiste o tratamento. Instaurando um vazio ativo, a perda vivida subjetivamente possibilita, a partir da simbolização da ausência, criar, processo que demanda tempo, disposição, aposta, confiança. O abatimento, por outro lado, em vez de ser preâmbulo para a produção de um sintoma analiticamente tratável, pode se prolongar num 'sono de hibernação', uma 'glaciação' do movimento psíquico, que se opõe à capacidade de se deprimir do humano como potencialidade criativa (Fédida, 2002).

Um exame criterioso constata que longe de estarem vivendo um tormento do qual necessitariam ser salvos, esses pacientes deprimidos revelam um

certo conforto. Não o conforto genérico, conceptualizado como benefício primário, que a neurose oferece, mas a depressão os protege, detalhe de importância que esclarece um traço comumente observado: eles, freqüentemente, demonstram estar bem instalados em sua depressão, chegando até a encontrar nela certo conforto, que ficará claro caso se considere que ela os protege da dor moral, o que permite entender o comentário de Lacan acerca do estatuto ético do sofrimento depressivo.

Esse conforto se ampara numa ilusão: a de que é possível renunciar ao desejo, à pressão do desejo. E de fato é! Mas ao preço da culpa, como Abraham estabelece com clareza (Abraham, 1911:41). Torna-se evidente o problema que isso introduz com relação à terapêutica. Na medida em que o deprimido conserva a ilusão de que poderia alcançar a felicidade renunciando ao desejo, seu tratamento implicará a superação desse anseio, na travessia dessa ilusão, e conseqüentemente em sua quebra, o que não é simples, uma vez que essa ilusão não é somente a de obter a completude, mas a de obtê-la completando o Outro. É aí que o tratamento encontra o desafio de superar esse impasse, inerente à neurose. "Aquilo frente ao que o neurótico retrocede não é sua castração, mas o fazer de sua castração o que falta ao Outro, fazer dela algo positivo que seja garantia da função do Outro" (Lacan, 1963 apud Rabinovich, 1993:84). Embora a ilusão seja constitutiva da realidade, isto é, não há realidade sem ilusão (exatamente porque toda realidade é realização de desejo através da ilusão que a fantasia viabiliza), não há como avançar no tratamento do deprimido sem a travessia desse anseio de onipotência narcísica que paralisa o sujeito. O estado depressivo revela, portanto, um eclipse da subjetividade, obscurecida pelo brilho das ilusões fálicas. É o que entrava o caminho desses sujeitos à felicidade que tanto desejam, felicidade que é um problema que concerne à economia política do gozo.

"A intenção de que o homem seja 'feliz' não se acha incluída nos planos da 'Criação'" (Freud, 1930). Não existindo para a felicidade um caminho universal, temos que o acesso a ela é inteiramente singular. A singularidade desse caminho obriga a considerar que as condições de sua possibilidade são desiguais, ou desigualmente distribuídas. Conclusão: não há caminho pré-formado, nem no microcosmo nem no macrocosmo, que predisponha o sujeito a obtê-la. Uma escuta neurótica pode conferir a essa afirmação um tom melancólico, mas ela é apenas freudiana. E a bússola freudiana, ao indicar que a pulsão sempre se satisfaz, exigiria a conclusão de que o sujeito é feliz, paradoxo do gozo. Resta que, não estando a economia do gozo "na

ponta dos nossos dedos" (Lacan, 1972-1973:159), conferir a essas observações um tom maníaco, como se a psicanálise possuísse a chave da clínica, escamotearia toda a complexidade da aventura psicanalítica.

Se for verdade que a ilusão constitui "um universal no campo da experiência",[125] uma constante, portanto, do horizonte subjetivo do humano, alguns a transformam num ideal paralisante de suas vidas. É o caso de numerosos pacientes deprimidos, que ordenam seu sofrimento em torno da nostalgia de uma totalidade supostamente perdida. Suas queixas são uma maneira de conservar imaginariamente a ilusão de que a alcançariam. Para manter essa ilusão, desperdiçam o presente e imobilizam o futuro, na nostalgia de um passado em que a perda não se apresentava, e permanentemente buscam um objeto que permita que essa ilusão sobreviva – mesmo que para isso precisem morrer. Para se protegerem da perda, desperdiçam sem parar. Simulando a morte, dela se defendem (Fédida, 1999:39). Essa defesa não tem a dimensão de metaforização exigida na formulação freudiana, por isso a depressão não é uma estrutura clínica. Que a experiência nos coloque perante deprimidos, que estes exponham quadros similares em sua caracterização fenomênica, que tais quadros se diferenciem com maior ou menor nitidez do verdadeiro melancólico, tudo isso não é suficiente para fazer da depressão uma estrutura clínica equivalente à histeria e à neurose obsessiva. Portanto, o padecimento depressivo pode se mostrar numa pluralidade sintomatológica que, para ser convenientemente apreendida, não convém ser tomada como uma estrutura clínica.

A psicanálise demonstra existir uma relação antinômica entre o eclipse da subjetividade que essa ilusão acarreta e a produção subjetiva. Para que os processos de subjetivação ocorram, é preciso que essa ilusão paralisante se atenue, o que o dispositivo psicanalítico pode permitir operar. Cabe à psicanálise desmontar esses sistemas ilusórios, não na crença vã de que no seu lugar emergirá uma visada objetiva da realidade, mas buscando intervir na própria matéria-prima que produz as ilusões. Trata-se, portanto, não de transformar o sistema de crenças de um sujeito, e sim as modalidades de gozo às quais ele se aferra. Assim procedendo, engrandece sua capacidade de enfrentar e suportar a vida, primeiro dever de todo ser vivo segundo Freud (1915c), e que a ilusão exatamente impedia.

[125] "Em outras palavras, a questão da ilusão é assunto que concerne inerentemente aos seres humanos e que nenhum indivíduo soluciona de modo final para si mesmo, ainda que uma compreensão *teórica* dele possa permitir uma solução *teórica*" (Winnicott, 1978b).

Referências Bibliográficas

Abraham, K. (1911) Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins. In: ___ *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido.* Rio de Janeiro: Imago, 1970.

Abraham, K. (1924) Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais. In: ___ *Teoria Psicanalítica da Libido. Sobre o caráter e o desenvolvimento da libido.* Rio de Janeiro: Imago, 1970.

Abraham, K. *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé, 1959.

Allouch, J. *Érotique du Deuil. Au Temps de la Mort Sêche*. Paris: Epel, 1995.

Alonso-Fernandez, F. *Fundamentos le la Psíquiatria Actual. Tomo 2.* Madri: Paz Montalvo, 1968.

American Psychiatric Association. APA Task Force on Laboratory Tests in Psychiatry: the dexamethasone suppression test: an overview of its current status in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 144:1253-1262, 1987.

American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R.* São Paulo: Manole, 1989.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV. Draft*, 1990.

American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV*. São Paulo: Manole, 1994.

Areteu da Capadócia. In: Kuhn, G. G. (1828) *Medicorum Graecorum Opera Quae Extant.* Leipzig: Hildesheim, 1964. v. XXIV.

Aristóteles. Metafísica (livros I e II). São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção Os Pensadores)

Bachelard, G. *La Formación del Espíritu Científico: contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1976.

Balint, M. *Le Défault Fondamental: aspects thérapeutiques de la régression.* Paris: Payot, 1971.

Balint, M. & Balint, E. *Techniques Psychothérapeutiques en Médecine.* Paris: Payot, 1970.

Beard, G. M. *American Nervousness, its Causes and Consequences: a supplement to nervous exhaustion (neurasthenia).* Nova York: Putnam´s Sons, 1881.

Beard, G. M. *Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion) its Hygiene, Causes, Symptons and Treatment.* Nova York: Arno Press,1884.

Bercherie, P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 1980.

Bergeret, J. Dépressivité et dépression dans le cadre de l'economie défensive. *Revue Française de Psychanalyse*, 5 6:835-1044, 1976.

Birman, J. Confusão de língua na psicanálise. Uma leitura introdutória aos escritos de Ferenczi. In: Ferenczi, S. *Escritos Psicanalíticos 1909-1933.* Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

Birman, J. Sujeito, estrutura e arcaico na metapsicologia freudiana. In: *Ensaios de Teoria Psicanalítica, parte 1: metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1993.

Birman, J. *Mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

Blacker, D. & Tsuang, M. T. Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 149(11):1473-1483, 1992.

Bleuler, E. (1911) *Dementia Precox or the Group of Schizophrenias.* Nova York: International University Press, 1950.

Bleuler, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

Brisset, C.; Bernard, P. & Ey, H. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, 1969.

Brown, G. et al. Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. In: Acheson, R. M. & Aird, L. (Eds.) *Seminars in Community Medicine.* Londres: Oxford University Press, 1976. v.1.

Bueno, J. R. Mitos e verdades sobre a depressão. *Skopia Médica*, 1:12-17, 1994.

Burguière, A. (Org.). *Dicionário das Ciências Históricas.* Rio de Janeiro: Imago, 1993.

Burton, R. (1621) *The Anatomy of Melancholy.* Nova York: Tutor Press, 1955.

Calligaris, C. *Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Cassin, B. *Ensaios Sofísticos*. São Paulo: Siciliano, 1990.

Changeux, J.-P. *L'Homme Neuronal.* Paris: Fayard, 1983.

Cheniaux Júnior, E.; Laks, J. & Chalub, M. Síndrome pré-menstrual. Possíveis relações com os distúrbios afetivos – Parte I. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(5):271-281, 1994.

Choudhry, N. K.; Stelfox, H. T. & Detsky, A. S. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *Journal of the American Medical Association*, 287:612-617, 2002.

Clark, R. *Freud, the Man and the Cause: a biography.* Nova York: Random House, 1980.

Conrad, K. *La Esquizofrenia Incipiente*. Madrid: Alhambra, 1963.

Cooper, J. E. An overview of the prospective ICD-10 classification of mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 154 (suppl. 4):21-23, 1989.

Coser, O. *De Corpo e Alma, Cabeça e Coração*: *psiquiatria, psicanálise, genética, subjetividades.* Rio de Janeiro: Contracapa-Ebep. [no prelo]

Cotard, J. *Études sur les Maladies Cérébrales et Mentales.* Paris: Baillière, 1891.

Cottet, S. La 'belle inertie': Note sur la dépression en psychanalyse. *Ornicar?* 32:68-86, 1985.

Crow, T. J. The continuum of psychosis and its genetic origin. *British Journal of Psychiatry*, 156:788-797, 1990.

DAGONET, F. *La Raison et les Remèdes*. Paris: PUF, 1984.

DERRIDA, J. *A Farmácia de Platão*. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

DESCARTES, *R. Discurso do Método; As Paixões da alma; Meditações; Objeções e respostas*. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

DILTHEY, W. *El Mundo Historico*. México: Fundo de Cultura Economica, 1963.

DUPUY, J. P. & KARSENTY, S. *A Invasão Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

EDITORIAL. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* 42(2):61-2, 1993a.

EDITORIAL. Conditioned responses in pharmacotherapy research. *Psychological Medicine,* 23:297-299, 1993b.

EHRENBERG, A. *La Fatigue D'être Soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 1998.

ELLENBERGER, H. Les illusions de la classification psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*, 28(2):221-242, 1963.

ESQUIROL, J. E. *Des Maladies Mentales Considérées sous le Rapport Médical, Hygiénique et Médico-Légal*. Paris: J. B. Baillière, 1838.

EY, H. *Études Psychiatriques. Tome III – Structure des psychoses aigues et Déstructuration de la conscience.* Paris: Desclée de Brouwer, 1954.

FALRET, J. P. *Des Maladies Mentales et des Asiles D'aliénés.* Paris: J. B. Baillière, 1864.

FARMER, A. & MCGUFFIN, P. The classification of the depressions: contemporary confusion revisited. *British Journal of Psychiatry*, 155:437-443, 1989.

FÉDIDA, P. Absence, temps et symbolization. *Psychanalyse à L´Université* 3(9):111-146,1977.

FÉDIDA, P. Depressión. *Encyclopédie Philosophique Universelle. Volume II: Les Notions Philosophiques. Dictionnaire. Tome 1*. Paris: PUF, 1990.

FÉDIDA, P. A fala e o pharmakon. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,* 1(1):29-45,1998.

FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.

FÉDIDA, P. *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*. Paris, Odile Jacob, 2001.

FÉDIDA, P. *Dos Benefícios da Depressão: elogio da psicoterapia.* São Paulo: Escuta, 2002.

FEIGHNER, J. P. et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26:57-63, 1972.

FERÉ, CH. *La Pathologie des Émotions*. Paris: Felix Alcan, 1892.

FERENCZI, S. (1909) Transferência e introjeção. In: _*Escritos Psicanalíticos.* Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

FERRAND, J. (1623) *De la maladie d'amour, ou mélancholie érotique. Discours curieux qui enseigne à cognoistre l'essence, les causes, les signes et les remèdes de ce mal fantastique*. Paris: Analectes, 1975.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio*, versão 3.0, 1999.

FOUCAULT, M. *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, S. (1887-1902) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. I.

FREUD, S. (1891) Tratamiento psiquico (tratamiento del alma). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. I.

FREUD, S. (1893-1895a) Miss Lucy R. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. II.

FREUD, S. (1893-1895b) Señorita Elisabeth von R. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. II.

FREUD, S. (1894) Las Neuropsicosis de defensa. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. III.

FREUD, S. (1895a) Carta 69. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. p.302. v. I.

FREUD (1895b) Manuscrito H. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. p.205. v. I.

FREUD, S. (1895c) Projeto de uma psicologia para neurólogos. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. I.

FREUD, S. (1895d) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de 'neurosis de angustia'. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. III.

FREUD, S. (1896) Nuevas Puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. III.

FREUD, S. (1900) La Interpretación de los sueños. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. IV e V.

FREUD, S. (1905) Tres Ensayos de teoría sexual. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. VII.

FREUD, S. (1908) La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. IX.

FREUD, S. (1910) Sobre el psicoanálisis 'silvestre'. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XI.

FREUD, S. (1911) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XII.

FREUD, S. (1914) Introducción del narcisismo. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIV.

FREUD, S. (1915a) La represión. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIV.

FREUD, S. (1915b) Pulsiones y destinos de pulsión. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIV.

FREUD, S. (1915c) Vue d'ensemble des névroses de transfert. Paris: Gallimard, 1986.

FREUD, S. (1916-1917) Conferencias de introducción al psicoanálisis. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XVI.

FREUD, S. (1917) Duelo y melancolía. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIV.

FREUD, S. (1918) De la historia de una neurosis infantil. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XVII.

FREUD, S. (1920) Más allá del principio del placer. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XVIII.

FREUD, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XVIII.

FREUD, S. (1923) El yo y el ello. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIX.

FREUD, S. (1925) Las resistencias contra el psicoanálisis. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIX.

FREUD, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XX.

FREUD, S. (1927) El Futuro de una ilusion. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XXI.

FREUD, S. (1930) El malestar en la cultura. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XXI.

FREUD, S. (1932) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XXII.

FREUD, S. (1937) Análisis terminable e interminable. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XXIII.

FREUD, S. (1938) Esquema del psicoanálisis. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XXIII.

FREUD, S. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985.

FREUD, S. *Vue D'ensemble des Névroses de Transfert: un essai métapsychologique*. Paris: Gallimard, 1986.

GALLANT, D. M. & SIMPSON, G. M. *Depression: behavioral, biochemical, diagnostic and treatment concepts.* Nova York: Spectrum. 1976.

GAY, P. *Freud: uma vida para o nosso tempo.* São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

GENTIL, V. Mecanismo de ação, especificidade e limites de atuação dos antidepressivos. Reflexões após 20 anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (supll. 1):25S-27S, 1991.

GEORGET, E. J. (1920) *De la Folie*. Toulouse: Privat, 1972.

GEWIRTZ, G. R. et al. Occult thyroid dysfunction in patients with refractory depression. *American Journal of Psychiatry*, 145(8):1012-1014, 1988.

GODINO CABAS, A. L'objet a dans la mélancolie abrahamienne. In: FONDATION DU CHAMP FREUDIEN. *Clinique Différentielle des Psychoses.* Paris: Navarin, 1988. p.91-98.

GOLDBERG, D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph n. 21. Londres: Oxford University Press, 1972.

GRAEBNER, G. L. (1743) *De Melancholia Vera et Simulata*. Halle: Magdeburgo.

GRAEFF, F. G. Serotonina, ansiedade e pânico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (supll. 1):60S-64S, 1991.

GREEN, A. *La Concepción Psicoanalítica del Afeto*. México: Siglo XXI, 1975.

GRIESINGER, W. *Traité des Maladies Mentales. Pathologie et thérapeutique*. Paris: A. Delahaye, 1865.

GRINBERG, L. *Culpa y Depresión: estudio psicoanalítico.* Buenos Aires: Paidós, 1978.

GUPTA, S. & GHALY, N. & DEWAN, M. Augmenting fluoxetine with dextroamphetamine to treat refractory depression. *Hospital and Community Psychiatry*, 43:281, 1992.

HEALY, D. The psychopharmacological era: notes towards a history. *Journal of Psychopharmacology*, 4(3): 152-167, 1990.

HEATH, R. G. & FOREWORD. In: GALLANT, D. M. & SIMPSON, G. M. *Depression: behavioral, biochemical, diagnostic and treatment concepts*. Nova York: Spectrum, 1976.

HUDSON, J. I. & POPE, H. G. Affective Spectrum Disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry*, 147(5):552-564, 1990.

JACKSON, S. J. *Melancholia and Depression: from hippocratic times to modern times.* New Haven: Yale University Press, 1986.

JACOBSON, E. *Depression: comparative studies of normal, neurotic an psychotic conditions.* Nova York: International University Press, 1974.

JANET, P. *Névroses et Idées Fixes.* Paris: Felix Alcan, 1898. v.1.

JANET, P. *Les Obsessions et la Psychasthenie*. Paris: Felix Alcan, 1903. v.1.

JANET, P. (1928) *L'Évolution de la Mémoire et de la Notion du Temps.* Paris: A. Chanine, 1928.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1973.

JEFFERSON, J. W. & GREIST, J. H. Lithium – Introduction and history. In: KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI*. 6.ed. [cap. 32.16]. Nova York: Williams & Wilkins, 1999.

JONES, E. *The Life and Work of Sigmund Freud*. Nova York: Basic Books, 1953. v. I, II e III.

KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (Eds.) *Comprehensive Textbook Of Psychiatry/VI*. 6.ed. [cap. 16, Mood disorders]. Nova York: Williams & Wilkins, 1999.

KENDELL, R. E. The continuum model of depressive illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62:335-339, 1969.

KENDELL, R. E. The Classification of Depressions: a review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry*, 129:15-28, 1976.

KESSEL, J. B. & SIMPSON, G. M. Tricyclic and tetracyclic drugs. In: KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI*. 6.ed. [cap. 32.24]. Nova York: Williams & Wilkins, 1999.

KERNBERG, O. A propos du traitement des personnalités narcissiques. In: _*La Personnalité narcissique*. Paris: Privat, 1980.

KIELHOLZ, P. *Masked Depression.* Viena: Hans Huber, 1973.

KLEIN, D. The pharmacological validation of psychiatric diagnosis. In: ROBBINS, L. N. & BARRETT, J. E. (Eds.) *The Validity of Psychiatric Diagnosis.* Nova York: Raven Press, 1989.

KLEIN, D. Drug therapy as a mean of syndromal identification and nosological revision. In: COLE, J. O. et al. (Eds.) *Psychopathology and Psychopharmacology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1973.

KLEIN, D. Clinical Psychopharmacologic Practice: the need for developing a research base. *Archives of General Psychiatry*, 50:491-494, 1993.

KLEIN, D. & FINK, M. Psychiatric reactions patterns to imipramine. *American Journal of Psychiatry*, 119:432-8, 1962.

KLEIN, D. & RABKIN, J. G. (Eds.) *Anxiety: new research and changing concepts.* Nova York: Raven Press, 1981.

KLEIN, D. & WENDER, P. H. *Biopsiquiatria: mente, ânimo e medicina.* São Paulo: Summus, 1987.

KLEIN, M. (1934) A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: ___ *Contributions to Psycho-Analysis.* Nova York: Mc-Graw Hill, 1964.

KLEIN, M. (1940) Mourning and its relation to manic-depressive states. In: _*Contributions to Psycho-Analysis.* Nova York: Mc-Graw Hill, 1964.

KRAEPELIN, E. (1921) Manic-Depressive Insanity. p.104. In: WOLPERT, E. A. *Manic-Depressive Illness: a history of a syndrome*. Nova York: IUP, 1977. p.33-111.

KRAMER, P. *Ouvindo o Prozac.* Rio de Janeiro: Record, 1994.

KRAMLINGER, K. G. Post R M: the addition of lithium carbonate to carbamazepine: antidepressant efficacy in treatment-resistant depression. *Archives of General Psychiatry*, 46:794, 1989.

KRIS, E. A Psicologia do Ego e a Interpretação na Terapia Psicanalítica. *Falo Revista Brasileira do Campo Freudiano*, 1:125-134, 1987.

KRISTEVA, J. *Sol Negro: depressão e melancolia.* Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

KRISTEVA, J. *As Novas Doenças da Alma.* Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas.* São Paulo: Perspectiva, 1975.

LACAN, J. (1932) *De la Psychose Paranoïaque dans ses Rapports avec la Personnalité.* Paris: Seuil, 1975.

LACAN, J. (1938) *Les Complexes Familiaux.* Paris: Navarin, 1984.

LACAN, J. (1946) Propos sur la causalité psychique. In: ___ *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.

LACAN, J. (1953-1954) *O Seminário, Livro 1*: *Os Escritos Técnicos de Freud.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

LACAN, J. (1955-1956) *O Seminário, Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.

LACAN, J. (1956) De une questión preliminar a tout le traitement possible de la psychose. In: ___ *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.

LACAN, J. (1959) *Hamlet por Lacan*. São Paulo: Escuta/Liubliú, 1986.

LACAN, J. (1959-1960) *O Seminário, Livro* 7: *A ética da psicanálise.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

LACAN, J. (1962) Kant avec Sade. In ___ *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.

LACAN, J. (1963) *O Seminário, Livro 10*: *A angústia.* [inédito]

LACAN, J. (1964) *O Seminário, Livro 11*: *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

LACAN, J. (1966a) De nos antécédents. In ___ *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.

LACAN, J. (1966b) Psicoanalisis y medicina. In: ___ *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1985.

LACAN, J. (1967) Petit discours aux psychiatres. [s. l:s. d.] [não oficial]

LACAN, J. (1972-1973) *O Seminário, Livro 20*: *Mais, ainda.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.

LACAN, J. (1974a) La tercera. In: ___ *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial, 1988.

LACAN, J. *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.

LACAN, J. *Télévision*. Paris: Seuil, 1974b.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 11*: *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

LAGACHE, D. (1938a) Deuil maniaque. In: ___ *Oevres I – 1932-1946. Les hallucinations verbales et travaux cliniques.* Paris: PUF, 1977.

LAGACHE, D. (1938b) Le travail du deuil. Ethnologie et psychanalyse". In: ___ *Oevres I – 1932-1946. Les hallucinations verbales et travaux cliniques.* Paris: PUF, 1977.

LANTÉRI-LAURA, G. Introduction à l'oeuvre psychopathologique d'Eugène Minkowski. In: MINKOWSKI, E. (1930) *Structure des dépressions (Étude sur la Structure des Dépressions: les dépressions ambivalentes).* Paris: Nouvel Objet, 1993.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

LAURENT, E. Os afetos em psicanálise. *Falo – Revista Brasileira do Campo Freudiano*, 3:23-34, 1988.

LAURENT, E. Clinica del pase y depresión: un caso. In: ___ *Estabilizaciones en las Psicosis*. Buenos Aires: Manantial, 1989a.

LAURENT, E. Melancolía, dolor de existir, cobardía moral. In: ___ *Estabilizaciones en las Psicosis*. Buenos Aires: Manantial, 1989b.

LEGUIL, F. Dépression et schizophrénie dans la théorie de Mélanie Klein. *Ornicar?* 30:64-74, 1984.

LEONHARD, K. *Aufteilung der Endogenen Psychosen*. Berlin: Akademie-Verlag, 1959.

LEWIS, A. 'Endogenous' and 'exogenous': a useful dichotomy? *Psychological Medicine*, 1:191-196, 1971.

LEWIS, A. 'Psychogenic': a word and its mutations. *Psychological Medicine*. 2(3):209-215, 1972.

LEWIS, A. J. "Melancholia: a clinical survey of depressive states". *Journal of Mental Science*, 80:277-378, 1934.

MAPOTHER, E. Discussion on manic-depressive psychosis. *British Medical Journal.* 2:872-876, 1926.

MAYER-GROSS, W.; SLATER, E. & ROTH, M. *Psiquiatria Clínica*. São Paulo: Mestre Jou, 1972.

MELARAGNO FILHO, R. A neurologia na década do encéfalo. Desafios e possíveis perspectivas para o futuro. *Revista Brasileira de Neurologia*, 30(1):19-24, 1994.

MENDELS, J.; STERN, S. & FRAZER, A. Biological concepts of depression. In: GALLANT, D. M. & SIMPSON, G. M. *Depression: behavioral, biochemical, diagnostic and treatment concepts*. Nova York: Spectrum, 1976.

MENNINGER, K. et. al. The unitary concept of mental illness. *Bulletin of the Menninger Clinic,* 22:4-12, 1958.

MILLER, J. A. *Logicas de la Vida Amorosa.* Buenos Aires: Manantial, 1991.

MOREL, B. A. *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine.* Paris: Ballière, 1857.

MORENO, S. H. & MORENO, R. A. Depressões resistentes a tratamento: proposta de abordagem. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42 (supll. 1):41S-46S, 1993.

NOBRE DE MELO, A. L. *Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. v. 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAPP, L. A.; KLEIN, D. F. & GORMAN, J. M. Carbon dioxide hypersensitivity, hyperventilation and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(8):1149-1157, 1993.

PARACELSO, A. F. (1599) *Obras Completas*. Buenos Aires: Kier, 1945.

PATTERSON, P. H. Determination of autonomic neurotransmitter functions. *Annual Review of Neuroscience*, 1:1-17, 1978.

PAYKEL, E. S. Role of monoamine oxidase inhibitor in the treatment of affective disorders. In: MOLLER, H-J. & PAYKEL, E. S. (Eds.) *Renaissance of Monoamine Oxidase Inhibitors: the new selective and reversible generation*. International Congress and Symposium Series, 187, Londres, Royal Society of Medicine Services, 1992.

PERCHERON, G. Neuromitologias: cérebro, indivíduo, espécie e sociedade. In: *Indivíduo e Poder*. Lisboa: Edições 70, 1988.

PESELOW, E. D. et al. Melancholic / endogenous depression and response to somatic treatment and placebo. *American Journal of Psychiatry*, 149(10):1324-1334,1992.

Pichon-Rivière, E. *De la Psicanalisis a la Psicologia Social.* Buenos Aires: Nueva Visión, 1970.

Pignarre, P. *O Que é o Medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade.* São Paulo: Ed. 34, 1999.

Pignarre, P. *Comment la Dépression est Devenue une Épidémie*. Paris: Editions La Découverte, 2001.

Pinel, P. *Traité Médico-philosophique sur l'alienation Mentale*. 2.ed. Paris: J. A. Brosson, 1809.

Pinel, P. *Nosographie Philosophique*. Paris: J. A. Brosson, 1813.

Poldinger, W. *Compêndio de Psicofarmacoterapia*. Rio de Janeiro: Produtos Roche, 1968.

Pommier, G. *D'une Logique de la Psychose*. Paris: Point Hors Ligne, 1983.

Pontalis, J. B. *Perder de Vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 1991.

Rabinovich, D. *La Angustia y el Deseo del Otro.* Buenos Aires: Manantial, 1993.

Radó, S. *Psicoanálisis de la Conducta.* Buenos Aires: Hormé, 1962.

Reinoso, D. G. *Depresión, Melancolía y Mania.* Buenos Aires: Nueva Visión [s. d.]

Ricoeur, P. The question of proof in the Freud's psychoanalytic writings. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 25:835-871, 1977.

Rogers, S. C. & Clay, P. M. A statistical review of controlled trials of imipramine and placebo in the treatment of depressive illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 127:599-603, 1975.

Rush, A. J. & Weissenburger, J. E. Melancholic Sympton Features and DSM IV. *American Journal of Psychiatry*, 151(4):489-498, 1994.

Sá Júnior, L. S. M. Classificação e diagnóstico fenomenológico das depressões. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 32(6):351-358, 1983.

Sabbatini, R. M. E. A história da terapia por choque em psiquiatria. *Revista Cérebro & Mente*, dez. 1997 / mar. 1998. *(http://www.epub.org.br/cm/n04/historia/shock.htm)*

Samson, J. A. et al. Learned helplessness and Urinary MHPG levels in Unipolar Depression. *American Journal of Psychiatry*, 149(6):806-809, 1992.

Sartorius, N. & Ban, T. A. *Assessment of Depression.* Berlin: Springer-Verlag, 1985.

Schatzberg, A. F. & Rothschild, A. J. Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *American Journal of Psychiatry*, 149:733-745, 1992.

Schildkraut, J. J. et al. Toward a biochemical classification of depressive disorders: I. Differences in urinary excretion of MHPG and other catecholamine metabolites in clinically defined subtypes of depressions. *Archives of General Psychiatry*, 35:1427-1433, 1978a.

Schildkraut, J. J. et al. Toward a biochemical classification of depressive disorders: II. Application of multivariate discriminant function analysis to data on urinary cathecholamines and metabolites. *Archives of General Psychiatry*, 35:1436-1439, 1978b.

SCHNEIDER, K. *Psicopatologia Clínica*. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

SCHUR, M. (Ed.) *Drives, Affects, Behavior: essays in memory of Marie Bonaparte.* Nova York: International University Press, 1965. v.2.

STRACHEY, J. (1957) Nota Introductoria. In: FREUD, S. *Obras Completas de Sigmund Freud.* Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIV.

SADOCK, B. J. (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI.* 6.ed. [cap. 32.24]. Nova York: Williams & Wilkins, 1999.

SEGAL, H. *Introdução à Obra de Melanie Klein.* Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SÉGLAS, J. De la mélancolie sans délire. In: *Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales et Nerveuses.* Paris: Asselin & Houzeau, 1895.

SELYE, H. (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 132-138.

SERPA JR., O. D. *Mal-Estar na Natureza.* Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.

SOLER, C. Pérdida y culpa en la melancolia. In: *Estudios sobre las Psicosis.* Buenos Aires: Manantial, 1989.

SOLLERS, P. & FUMAROLI, M. La littérature entre son présent et son passé. Marc Fumaroli et Philippe Sollers: une échange. *Le Débat*, 79:3-30, 1994.

SOUGEY, E. B. et al. Fontes de controvérsias entre as nosologias dos estados depressivos. *Jornal Brasileiro de* Psiquiatria, 42(3):161-168, 1993.

SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J. & ROBINS, E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35:773-782, 1978.

STAROBINSKI, J. Historia del tratamiento de la melancolia desde los origenes hasta 1900. *Acta psychossomatica*, 3, 1960.

STAROBINSKI, J. Le mot réaction de la physique a la psychiatrie. *Diogène*, 93:3-30, 1976.

STAROBINSKI, J. *Action et Réaction, Vie et Aventures d'un Couple*. Paris: Seuil, 1999.

STRACHEY, J. Nota Introdutoria. In: FREUD, S. *Obras Completas de Sigmund Freud.* v. XIV.

SWAIN, G. Chimie, cerveau, esprit et société. *Le Débat*, 47:172-183, 1987.

TELLENBACH, H. *La Melancolia: visión histórica del problema. Endogenidad. Tipologia. Patogenia. Clínica.* Madri: Morata, 1976.

TOROK, M. & ABRAHAM, N. Luto ou melancolia. Introjetar-incorporar. *Boletim de Novidades Pulsional*, VII(61):25-35, 1994.

TRILLAT, E. *História da Histeria.* São Paulo: Escuta, 1991.

TUKE, D. H. (1892) *Dictionary of Psychological Medicine*. Nova York: Arno Press, 1976.

TYRER, J. P. *Drugs in Psychiatric Practice*. Chichester: Wiley, 1980.

VALENÇA, A. M. & DEL PORTO, J. A. Comorbidade entre distúrbio obsessivo-compulsivo e depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(4):181-184, 1994.

VERGOTE, A. Névrose dépressive. *Topique*, 17:97-126, 1976.

VOM SCHEIDT, J. *As Experiências de Freud.* Rio de Janeiro: Artenova, 1975.

WEITBRETCH, H. J. *Manual de Psiquiatría*. Madri: Gredos, 1970.

WIDLÖCHER, D. La place du ralentissement psychomoteur dans la psychopathologie dépressive. *Acta Pychiatrica Bélgica*, 86(6):686-698, 1986.

WIDLÖCHER, D. *Logiques de la Dèpression.* Paris: Fayard, 1983.

WINNICOTT, D. W. *Lettres Vives*. Paris: Gallimard, 1989.

WITTGENSTEIN, L. *Investigações Filosóficas*. São Paulo: Abril, 1975.

WINOKUR, G. et al. Depression spectrum disease versus pure depressive disease. Further data. *British Journal of Psychiatry*, 127:75-77, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Glossary of Mental Health Disorders and Guide to their classification for use in conjunction with the International Classification of Diseases, 8th Revision.* Geneva, WHO, 1974.

ZETZEL, E. Depression. In: SCHUR, M. (Ed.) *Drives, Affects, Behavior: essays in memory of Marie Bonaparte.* Nova York: International University Press, 1965. v.2.

ZIMMERMAN, M. & SPITZER R. L. Melancholia: from DSM-III to DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry*, 146:20-28, 1989.